Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Position papers ten behoeve van symposium

Toekomst van de risicoverevening

31 maart 2016

Inhoudsopgave

Position paper Toekomst Risicoverevening

15 februari 2016

Samenvatting:

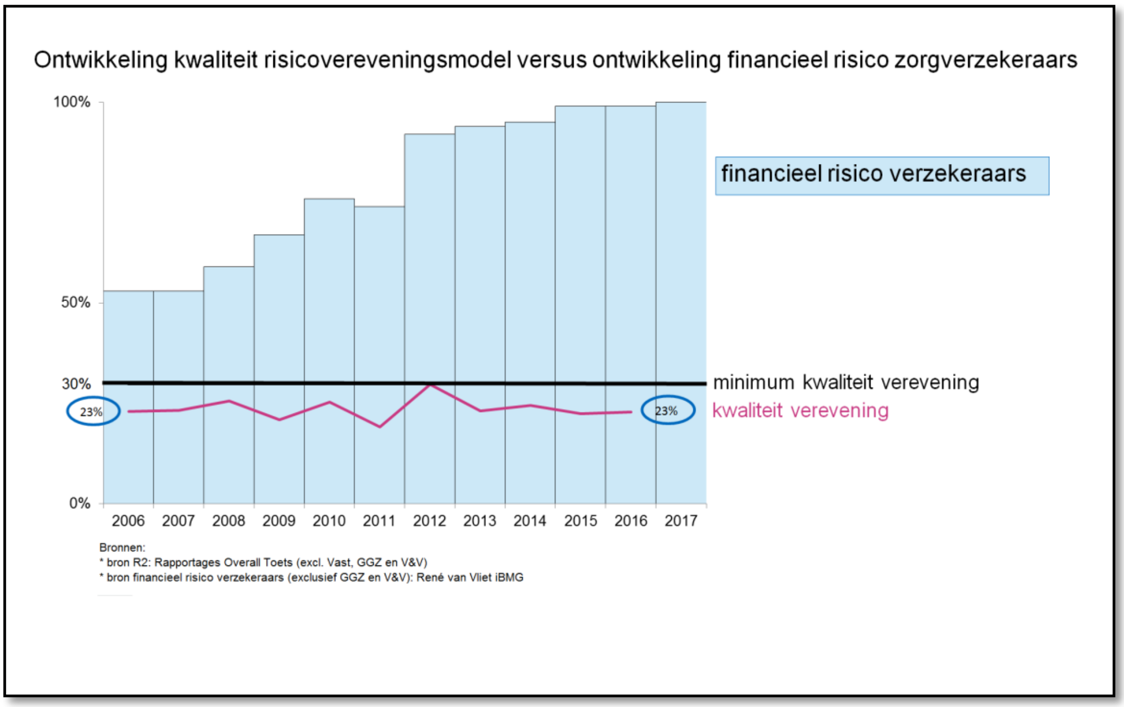
De toekomst van de risicoverevening is alles bepalend voor de toekomst van de Zorgverzekeringswet. Alle verbeteringen moeten er dan ook op zijn gericht om de risicoverevening optimaal te laten werken, zodat de doelstellingen van de Zorgverzekeringswet optimaal worden behaald. Achmea stelt 3 interventies voor om de risicoverevening te beschermen en te verbeteren:

1. ***Versterk investeringen van zorgverzekeraars in zorgverbetering voor zieken en bevordering van de gezondheid van ouderen door de bestaande overcompensatie van gezonden te verschuiven naar ongezonden***
   Het is belangrijk verzekerden te helpen de juiste zorgbehandeling te krijgen. Hiervoor moet eerst de transparantie van zorg en gezondheid aanzienlijk en snel worden verbeterd. Vervolgens moet worden geborgd dat de verevening stuurparameters geeft die consistent zijn met de methodiek om de kwaliteit en transparantie van zorg te meten, verbeteren en bekostigen. Verzekeraars moeten daarbij gestimuleerd worden om de populatie gezonder te maken, zoals bij bestaande diabetes projecten, en juist niet om een gezonde populatie te selecteren. Omdat gezonde verzekerden relatief vaker switchen en deze ook winstgevend zijn in de verevening is er een ongewenst effect van overstappers. Bij het verbeteren van de verevening pleit Achmea er dan ook voor om de bestaande overcompensatie van de gezonde verzekerden te verschuiven naar de ongezonde verzekerden. Hierdoor loont goede inkoop, wat verzekerden aantrekt die stemmen met de voeten waardoor het vliegwiel van continue verbetering in gang wordt gezet gericht op duurzame zorg in de toekomst.

2. ***Verbeteringen ex ante vereveningsmodel voor ongezonden en gezonden***
   De verevening kan op een aantal punten worden verbeterd om de verklarende werking op verzekerdenniveau van het model (R^2 score) te verhogen met als prioriteit de GGZ en V&V. Immers, hoe hoger de verklarende werking op verzekerdenniveau, des te meer goede zorginkoop loont. Hiervoor zijn er zes prioriteiten.
   i. *Introductie en verbetering van zorgvraagzwaarte in het gGGZ model*
   ii. *Ontwikkeling parameters voor gezondheid in gGGZ en IGGZ voor vooral hoge kosten groepen*
   iii. *Ontwikkeling parameters voor gezondheid in V&V en dat wellicht obv informatie thuiszorg. NB. als dit andere parameters zijn dan voor de somatische zorg, voeg dan V&V niet samen met somatische zorg.*
   iv. *Ontwikkeling parameters voor overgehevelde kosten van vaste naar somatische zorgkosten (w.o. dure geneesmiddelen)*
   v. *Ontwikkeling parameters of oplossing voor verzekerden met extreem hoge zorgkosten.*
   vi. *Ontwikkeling parameters voor verzekerden met geen of zeer weinig zorgkosten/ zorggebruik*

   Hierbij geldt dat introductie van de (nieuwe) gezondheidsparameters niet moet leiden tot meer parameters maar zo veel als mogelijk tot vervanging van de bestaande niet-direct gezondheid gerelateerde parameters, dit voor zover de verklarende werking van het model op peil blijft.

3. Minimumnorm voor vereveningsmodel R^2=30%, met ex ante en ex post communicerende vaten



Grafiek 1: Kwaliteit risicovereveningsmodel vs financieel risico zorgverzekeraars

Om stabiliteit in het stelsel te borgen en te zorgen dat verzekeraars op de juiste aspecten concurreren moet de verevening aan minimum kwaliteitseisen voldoen. Dan komt het geld bij de juiste verzekerden terecht en loont goede zorginkoop. In de verevening spreken we dan over de verklarende werking van het model met als maat de R^2. Een solide niveau op verzekerdenniveau is een R^2 van 30%, die in 2012 voor de somatische zorg werd gerealiseerd. <u>Door overheveling van moeilijk voorspelbare zorg is deze R^2 voor de somatische zorg gezakt tot 23% in 2016 (zie grafiek 1).</u> Voor de geneeskundige GGZ is de R^2 slechts 15%. Dit terwijl de risico's voor zorgverzekeraars wel fors zijn toegenomen. De ex ante en ex post zijn echter communicerende vaten zijn. Dat betekent dat de ex post moet worden afgebouwd op geleide van de kwaliteit van het ex ante model. Neemt de kwaliteit van het ex ante model (R^2) af, hoog dan ex post op zodat de minimumkwaliteit geborgd blijft. Door onorthodoxe parameters (kosten in het voorgaande jaar) wordt de R^2 in 2016 tijdelijk hoger, maar dat leidt wel tot ongewenste prikkels. Onnodig gebruik van zorg leidt dan tot een hoger normbudget. Deze onorthodoxe parameters dienen dan ook zo snel mogelijk te worden vervangen door gezondheidsgerelateerde parameters met een minstens gelijke verklarende werking. En zorg er tevens voor dat er adequate vervangende parameters zijn, alvorens de WMG wordt gedereguleerd en prestaties vervallen.

Het ingezette beleid van de minister voor betere compensatie van groepen chronisch zieken en ouderen is een stap in de goede richting. Er is echter nog meer nodig, want risicoverevening is de hefboom voor solidariteit en versterkt de verbetering van de gezondheidszorg. Intussen gaat Achmea door met het investeren in kwaliteit van zorg(inkoop) voor alle groepen chronisch zieken en ouderen. Want we willen in de toekomst voor iedereen – ongeacht levensfase en gezondheid - beschikbaar zijn en blijven.

Inleiding en doel van de risicoverevening

De risicoverevening is cruciaal voor de werking van de Zorgverzekeringswet. De gezondheidszorg in Nederland moet voor iedere inwoner goed toegankelijk zijn, betaalbaar en van goede kwaliteit. Werkt de risicoverevening onvoldoende dan worden deze doelen in de Zorgverzekeringswet onvoldoende bereikt. VWS vindt ook dat verbetering van de risicoverevening van groot belang is voor het zorgstelsel en heeft ons geïnformeerd dat in 2016, naast het uitvoeren van het reguliere onderzoeksprogramma, een fundamentele discussie zal worden gevoerd over de toekomst van de risicoverevening. Achmea is door VWS uitgenodigd om hiervoor een position paper aan te leveren.

De doelstellingen van de risicoverevening zijn: [1]

- "Een gelijk speelveld creëren voor verzekeraars door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verliezen en winsten die voortvloeien uit gezondheidsverschillen in verzekerdenportefeuilles. Met het creëren van een gelijk speelveld worden prikkels tot risicoselectie weggenomen.
- Verzekeraars stimuleren tot doelmatig werken (d.i. inkoop van zorg en administratie). Doelmatig werkende verzekeraars kunnen vervolgens gegeven dit gelijk speelveld qua verzekerdenportefeuille voordeel behalen en dit tot uitdrukking brengen in een lagere nominale premie en/of zich onderscheiden door betere kwaliteit. Risicoselectie moet niet lonend zijn, doelmatig werken wel. Dit hangt uiteraard samen met de mate van beïnvloedbaarheid van de kosten door de verzekeraars."

1. Versterk investeringen van zorgverzekeraars in zorgverbetering voor zieken en bevordering van de gezondheid van ouderen door de bestaande overcompensatie van gezonden te verschuiven naar ongezonden

Het tegelijkertijd bereiken van de doelstellingen van de risicoverevening en van de Zorgverzekeringswet gaat niet vanzelf. Van groot belang hiervoor is dat steeds de doelstellingen van de Zorgverzekeringswet en de risicoverevening in samenhang worden bezien en dat ze met elkaar in balans zijn en blijven. Om de risicoverevening goed te laten werken, moeten in de risicoverevening en de zorgverzekeringswet de prikkels voor de verzekerden, zorgverleners en zorgverzekeraars leiden tot beweging in dezelfde richting. Dus tot meer:

- Gezondheid van de verzekerden
- Kwaliteit van zorg door de zorgverleners
- Doelmatige zorginkoop door de zorgverzekeraars

Voor de toekomst van de risicoverevening is dit essentieel want dan is deze in balans met het zorgstelsel.

Het bereiken van de gewenste uitkomsten op bovengenoemde gebieden is geen vanzelfsprekendheid, want hiervoor is transparantie op deze punten vereist. Wat levert de zorg op, voor welke kwaliteit en prijs? Hoe doelmatig is die zorg? Dat is belangrijk voor zowel de verzekerde als de verzekeraar, maar juist ook voor de zorgaanbieder. Zonder inzicht is verbetering van de zorg niet goed mogelijk, kan de verzekerde de juiste zorg niet kiezen en de verzekeraar niet goed inkopen. Ook voor de risicoverevening is dat inzicht nodig om de normuitkeringen aan te laten sluiten op de zorgkosten. Een goede productstructuur en bekostiging maken de zorg voor alle partijen inzichtelijk. De risicoverevening kan daar dan op geënt worden en adequaat zijn werk doen. De deregulering WMG is dus een potentiële bedreiging voor de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel, omdat de bekostiging hiervoor de basis is.

Om de transparantie te vergroten is samenwerking tussen zorgaanbieders, verzekerden, patiëntenverenigingen, overheid en zorgverzekeraars, elk vanuit de eigen deskundigheid en ervaring noodzakelijk. Niet alleen om de huidige situatie te verbeteren, maar juist ook bij verdere veranderingen in de zorg en het stelsel. Belangrijke randvoorwaarde bij de realisatie van transparantie is dat de privacy gewaarborgd blijft. Het is goed mogelijk om én privacy te waarborgen én zorgverzekeraars hun wettelijke taken, zoals materiële controle en zorginkoop, uit te laten voeren en gegevens beschikbaar te maken voor de risicoverevening. De ontwikkeling van een alternatieve aanlevering van de GGZ zorgvraagzwaarte is hiervan een goed voorbeeld

[1] Zie WOR 760 'Actualisatie toetsingskader'.

Door betere transparantie kunnen zorgverzekeraars betere kwaliteit van zorg inkopen, kunnen verzekerden kiezen voor betere zorg, kunnen zorgverleners betere kwaliteit van zorg leveren en deze verder verbeteren, en deze kopen de zorgverzekeraars dan weer in, etc. Zorgverzekeraars die hier op inzetten krijgen een positief resultaat uit de verevening en de positie van de koplopers onder de zorgverleners wordt versterkt. Investeringen in preventie en een andere organisatie van zorg zijn vaak kostbaar terwijl vaak een deel van de baten ergens anders vallen. Hier dient een oplossing voor te komen bijvoorbeeld door deze investeringen ook mee te nemen in de risicoverevening of een landelijke financiering.

Feit is dat er ook na het uitvoeren van alle aanbevelingen nooit 100% perfectie wordt bereikt in de vereveningssystematiek. Het is dan ook belangrijk dat verzekeraars gestimuleerd worden om de populatie gezonder te maken en juist niet om een gezonde populatie te selecteren. Omdat gezonde verzekerden relatief vaker switchen en deze ook winstgevend zijn in de verevening is er een ongewenst effect van overstappers. Bij het verbeteren van de verevening pleit Achmea er dan ook voor om de bestaande overcompensatie van de gezonde verzekerden te verschuiven naar de ongezonde verzekerden. Enerzijds door betere of nieuwe positieve ex ante bijdragen voor chronisch zieken en anderzijds door nieuwe negatieve ex ante bijdragen voor gezonde verzekerden (bv bij geen zorggebruik). Dit alles wel onder de voorwaarde dat het systeem onafhankelijk en objectief is. Daarnaast moeten parameters voor de kosten in het voorgaande jaar, zoals voor V&V, zo snel mogelijk door gezondheidsgerelateerde parameters met een minstens gelijke verklarende werking worden vervangen. Zo wordt de prikkel van hoog (onnodig) zorggebruik - wat leidt tot een hogere vereveningsbijdrage in het volgende jaar - uit de verevening gehaald.

2. Verbeteringen ex-ante risicovereveningsmodel voor ongezonden en gezonden

Achmea ziet de volgende pijnpunten in het huidige vereveningsmodel:

- Naast leeftijd en geslacht dient het ex ante risicovereveningsmodel met name te compenseren voor verschillen in gezondheid tussen verzekerden. Proxies voor verschillen in gezondheid (AVI, SES, etc) en historische kosten kunnen worden gebruikt maar het streven moet zijn om deze te vervangen door direct aan de gezondheid gerelateerde parameters met tenminste vergelijkbare verevende werking (zoals FKG, DKG, HKG). Dit verlaagt de complexiteit van het ex ante vereveningsmodel.
- De ex ante risicoverevening is gebaseerd op jaar t-3, waardoor deze enigszins is verouderd. Het is van groot belang dat er onderzoek plaatsvindt om dit op meer recente cijfers te baseren zodat er voor alle groepen van verzekerden een betere aansluiting komt met de zorgkosten in jaar t.
- De risicoverevening voor de GGZ, V&V, verzekerden met extreem hoge zorgkosten en de dure geneesmiddelen is volstrekt onvoldoende. Gelet op de epidemiologie en de daarmee samenhangende zorgconsumptie bij gelijkblijvend beleid, is onderzoek naar verbetering hiervan noodzakelijk. Daarbij is de samenhang met transparantie, productstructuur en bekostiging van de zorg essentieel, en deze moet altijd gewaarborgd blijven ook bij deregulering WMG! Een duidelijk voorbeeld is het gebrek aan transparantie in de GGZ. Die kan sterk verbeterd worden door de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur. De verbetering van de risicoverevening hoeft niet te volgen op de volledige implementatie van een nieuwe productstructuur. Een belangrijke basis van die nieuwe productstructuur, de HONOS vragenlijst, kan al eerder landelijk vastgelegd worden en in een aangepaste zorgvraagzwaarte-indicator gebruikt worden voor de risicoverevening.
- De transparantie van het vereveningsmodel kan verbeterd worden door factoren die verzekeraars niet zelf kunnen afleiden, zoals AVI of SES of die privacygevoelig zijn voor verzekeraars, beter inzichtelijk te maken. Gebruik daartoe nieuwe analyse-omgevingen waarbij onderzoekers, overheden, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars wel zelf analyses uit kunnen voeren, maar géén op persoon herleidbare gegevens kunnen verkrijgen.

Aansluitend op deze overwegingen zijn tien algemene uitgangspunten en zes prioriteiten gedefinieerd voor het verbeteren van het risicovereveningssysteem:

Tien algemene uitgangspunten:

i. Zorgkosten die overgaan naar de Zorgverzekeringswet of waarvoor zorgverzekeraars financieel risico gaan lopen, moeten normeerbaar zijn en er moet een goede parameter voor beschikbaar zijn, d.w.z. de kosten dienen op verzekerdenniveau beschikbaar te zijn, en ze moeten worden verdeeld over de

zorgverzekeraars obv de gezondheidsverschillen tussen de verzekerden die deze kosten maken. Solide verevening vraagt een R^2 op verzekerdenniveau van minstens 30%.

ii. Financieel risico moet afhankelijk zijn van de kwaliteit van het model en de beïnvloedbaarheid van kosten. Wijzigingen in systematiek van bekostiging van zorg moeten meteen adequaat in het ex ante vereveningsmodel worden verwerkt en zo niet, dan moet het financiële risico voor zorgverzekeraars hiervoor worden beperkt door een bandbreedteregeling. NB:. Bij deregulering WMG wordt dit zeer actueel.

iii. Compenseer voor verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid, waarbij ook voor zeldzame en met zeer hoge kosten gepaard gaande ziekten een oplossing moet komen. Hierbij geldt dat introductie van de (nieuwe) gezondheidsparameters niet moet leiden tot meer parameters maar zo veel als mogelijk tot vervanging van de bestaande niet-direct gezondheidsgerelateerde parameters.

iv. De productstructuur en bekostiging van de GGZ en V&V moeten verder ontwikkeld worden en leiden tot transparantie van de geleverde zorg en daaruit volgende verbetering van de risicoverevening.

v. Voeg alleen zorgsoorten bij elkaar in één risicovereveningsmodel waarvoor dezelfde gezondheidsverschillen / - parameters relevant zijn.

vi. Borg objectieve beoordeling door experts van de werking en van de noodzakelijke verbeteringen van het ex ante risicovereveningsmodel. NB: de risicoverevening moet geen beleidsinstrument worden.

vii. De waarde van de budgetparameters in het ex ante risicovereveningsmodel dient uitlegbaar te zijn

viii. Het ex ante risicovereveningsmodel blijft continu in ontwikkeling want de zorg ontwikkelt zich ook verder en deze moet in het model terugkomen. Gebruik de meest recente informatie bij schatting ex ante risicovereveningsmodel.

ix. Geef zo snel mogelijk inzicht in de uitkomsten van de risicoverevening voor de zorgverzekeraars.

x. Bij dit alles geldt dat de gezondheidsinformatie wel op het niveau van het individu beschikbaar dient te zijn, maar niet noodzakelijkerwijs bij de zorgverzekeraar. Wel dient deze laatste inzicht te hebben in macro-informatie over de gezondheid voor materiële controle en doelmatige inkoop van zorg

Zes concrete verbeteringen in compenseren voor verschillen in gezondheid tussen verzekerden door:

i. Introductie en verbetering van zorgvraagzwaarte in het gGGZ model.

ii. Ontwikkeling en introductie nieuwe parameters voor gezondheid in model gGGZ en lGGZ, waarbij vooral de subgroepen met zeer hoge kosten, zoals de EPA groep, beter verevend moeten worden.

iii. Ontwikkeling en introductie nieuwe parameters voor gezondheid in model V&V (wellicht op basis van gezondheidsinformatie bij thuiszorgorganisaties).

iv. Ontwikkeling en introductie van nieuwe (gezondheids)parameters /oplossingen voor de in de afgelopen jaren overgehevelde kosten van de vaste naar de somatische zorgkosten (IC, oncolytica, dure geneesmiddelen).

v. Ontwikkeling en introductie van nieuwe (gezondheids)parameters/ oplossingen voor verzekerden met extreem hoge (chronische) zorgkosten (bv. hoge risico compensatie).

vi. Ontwikkeling en introductie van nieuwe parameters voor verzekerden met geen of zeer weinig zorgkosten/ zorggebruik.

3. Minimumnorm voor vereveningsmodel R^2=30%, met ex-ante en ex-post communicerende vaten

De risicovereniging in Nederland is ver ontwikkeld en een *voorbeeld* voor andere landen. Voor een deel van de zorg, de cure, werkt de risicoverevening al behoorlijk. Daarbij kan wel worden opgemerkt dat de verevenende werking op verzekerdenniveau door toevoeging uit de vaste kosten aan de variabele kosten weer is teruggevallen (van ca. R^2=30%[2] in 2012) tot het niveau van 10 jaar geleden (R^2=23%[3] in 2016) (zie grafiek 1)! Dit betreft met name (de nauwelijks te beïnvloedde kosten van) intensive care, oncolytica en dure geneesmiddelen. Daarnaast heeft de afschaffing van de hoge kosten compensatie het risico voor de zorgverzekeraars voor verzekerden met zeer hoge kosten aanzienlijk verhoogd. Voor de langdurige zorg moet er echter nog veel meer gebeuren. Dit komt vooral omdat informatie in de totale keten over gezondheid met betrekking tot deze zorg nog onvoldoende beschikbaar is gekomen van de zorgverleners. Het is goed dat de minister inzet op een betere verevening voor chronisch zieken en investeert in onderzoek naar modelverbetering.

[2] Zie WOR 569 'Concept Overall Toets risicoververeningsmodel somatische zorg 2012', pagina 62.

[3] Zie WOR 748 'Eindrapport Overall Toets RV2016', pagina 58.

Achmea is van mening dat de verevenende werking van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten op het niveau van het individu in principe minstens gelijk moet zijn aan R^2=30%. Hoe beter de verevenende werking op het niveau van het individu, des te beter het geld bij de juiste verzekerden terecht komt. Dan loont goede inkoop, wat verzekerden aantrekt die stemmen met de voeten waardoor het vliegwiel van continue verbetering in gang wordt gezet gericht op duurzame zorg in de toekomst. Verdere overheveling van risico's kan alleen als de verevening zo wordt verbeterd dat de verevenende werking weer de R^2=30% overstijgt. Voor de somatische zorg inclusief V&V is de R^2=29%, maar dit was alleen mogelijk door opname van een onorthodoxe parameter in het vereveningsmodel en wel de kosten V&V in het voorgaande jaar. Dit geeft echter een perverse prikkel in het vereveningsmodel want onnodig gebruik van V&V in het voorgaande jaar geeft een hogere vereveningsbijdrage in het lopende jaar. Voorwaarde is echter wel dat de te ontwikkelen gezondheidsgerelateerde parameters voor de kosten V&V in het voorgaande jaar moeten er voor zorgen dat de R^2 minstens gelijk wordt aan 30%. Voor de GGZ is de situatie nog veel problematischer. Voor de geneeskundige GGZ is de verklarende werking met een R^2=15% veel minder dan voor de somatische zorg, en hierdoor komen de voor de langdurige GGZ beschikbare middelen niet bij de juiste verzekerden terecht. Dit prikkelt verzekeraars eerder tot risicoselectie, slechts circa 5% maakt gebruik van deze zorg, dan tot doelmatig werken. Voor de langdurige GGZ is de verklarende werking nog veel slechter met een R^2=0,7%, maar door opname van de kosten langdurige GGZ in het voorgaande jaar gaat dit omhoog tot 39%! Deze tijdelijke parameter geeft echter een prikkel voor onnodig gebruik.

Het Kabinet Rutte legde in het Regeerakkoord *volledige risicodragendheid* per 2017 vast. Doordat verzekeraars dan ook volledig risico lopen op kosten die zij niet of onvoldoende kunnen beïnvloeden wordt de verevening deels een loterij met mogelijk verdere concentratie van verzekeraars als gevolg. Juist vanuit klant- en maatschappelijk perspectief is dit ongewenst. Een niet goed functionerende markt werkt onvoldoende disciplinerend wat minder keuzevrijheid, innovatie en hogere kosten met zich mee kan brengen. En daaropvolgend premiestijging, zorgverschraling en bedreiging van de toegankelijkheid voor iedereen. Dit is ongewenst en wij pleiten dan ook voor: bouw ex post af op geleide van kwaliteit ex ante model en niet op geleide van tijd. Ex ante en ex post zijn communicerende vaten.

Tot slot

Bij de verdere ontwikkeling van de verevening is pragmatisch blijven belangrijk om de doelstellingen voor de gezondheidszorg in Nederland, toegankelijke, betaalbare en goede zorg, te behalen. Wat voor het ene doel werkt hoeft niet bij de andere doelen te werken. Het zorgstelsel is complex en dan kan het ene vereveningsmodel wel goed werken voor de cure, maar onvoldoende voor de care. De zorgsoorten zijn onderling waarschijnlijk toch te verschillend. We steunen het uitgangspunt om met een voorspelmodel te werken. Maar we verwachten dat dit niet voor alle vaak kleine groepen met hoge kosten goed werkt. Dan kan een model met vaste bedragen of een beperkt vaste kosten deelbudget een uitkomst zijn. Hetzelfde geldt voor gezondheidskenmerken. Dat moet de basis zijn van het vereveningsmodel. Bij uitzondering kan het nodig zijn om toch met historische kosten te werken. Oog houden voor de complexiteit is ook belangrijk, niet streven naar een perfect model, maar streven naar een model dat in de praktijk werkt, uitlegbaar en uitvoerbaar is.

Als we met elkaar een betere ex ante risicoverevening realiseren zoals boven beschreven, dan ontstaat een echte verbeterdynamiek omdat verzekeraars worden beloond voor inspanningen en resultaten qua doelmatigheid en verbetering van zorg voor zieken. Er komt dan een verdere focusverschuiving van de zorgverzekeringsmarkt en gezonde verzekerden naar de zorgverlenings- en zorginkoopmarkt. Dit is in het belang van alle verzekerden omdat het zorgverzekeringstelsel dan werkt zoals beoogd.

Over de grenzen van de risicoverevening

APE, 15 februari 2016

Inleiding

In dit paper betrekken we de stelling dat het primaire doel van risicoverevening het waarborgen van solidariteit is. Doelmatige uitkomsten van de zorgmarkt moeten behaald worden in het complementaire deel van het stelsel, waar prijsprikkels werken. Na een behandeling van de doelen van de risicoverevening besteden we daarom aandacht aan de voorwaarden voor doelmatigheid, los van de risicoverevening. Vervolgens komen we terug op het vereveningsmodel en sluiten we af met een samenvattende stelling.

Doelen van de risicoverevening

Solidariteit

De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 betekende de introductie van gereguleerde concurrentie in de zorg. Met deze vorm van concurrentie in een markt die uit zichzelf niet tot doelmatige uitkomsten kan komen, wordt getracht een goede balans tussen solidariteit en doelmatigheid te bereiken. In de financiering van de zorg zijn inkomens- en risicosolidariteit noodzakelijk omdat in 2006 aan alle burgers een plicht is opgelegd een basispakket aan zorg te verzekeren. Omdat de staat burgers niet kan dwingen een product te kopen dat hun betalingsmacht te boven gaat, zorgen een inkomensafhankelijke premie en systeem van risicoverevening ervoor dat iedereen in staat is het verplichte pakket te kopen. Het eerste doel van de risicoverevening is daarom solidariteit te waarborgen.

Gelijk speelveld en inperking van risicoselectie

Door stapsgewijze ontwikkeling van het model van risicoverevening is een systeem ontstaan dat verzekeraars van een bijdrage voorziet die bij benadering overeenkomt met de risicokenmerken van hun verzekerden. Daarmee wordt beoogd verzekeraars een gelijk speelveld te bieden en hun neiging tot gunstige-risicoselectie te beteugelen en kunnen verzekeraars zonder verlies te lijden aan hun acceptatieplicht voldoen.

Doelmatigheid

Risicoverevening sluit het prijsmechanisme uit. De tucht van de markt werkt hier dus niet. Wat bij risicoverevening wel werkt is de tucht van budgettering: door slim in te kopen kunnen verzekeraars een deel van vereveningsbijdragen sparen. Dit kan doelmatigheid bevorderen, maar doelmatigheidsbevordering is onzes inziens niet het primaire doel van risicoverevening.

De doelmatigheid moet vooral komen uit het complementaire deel van de zorgverzekeringsmarkt, het deel dat met nominale premies gefinancierd wordt. Daar kan de prijsprikkel immers wel werken omdat verzekeraars die tegen een redelijke premie een goed pakket aanbieden meer klanten krijgen. Hier is de kwaliteit van de inkoop cruciaal.

Voorwaarden voor doelmatige uitvoering

In het model van gereguleerde concurrentie is de zorginkoop door verzekeraars een sleutel tot doelmatigheid. Naast een zo goed mogelijke risicoverevening, dat wil zeggen een systeem van verevening waarbij voor verzekeraars geen voorspelbare winsten of verliezen te behalen zijn, dient voor efficiënte zorginkoop aan drie andere voorwaarden voldaan te zijn:

1. *Contracteervrijheid* voor verzekeraars en zorgaanbieders. Selectieve inkoop van zorg door verzekeraars bevordert de doelmatigheid van zorgproductie. Zo heeft selectieve inkoop geleid tot 'minimum aantallen' voor medisch specialistische ingrepen. Dit heeft concentratie van medisch specialistische zorg teweeggebracht, een betere prijs-kwaliteit verhouding en een meer doelmatige uitvoering.
   Selectieve inkoop kan ook worden ingezet om kostenverlagende verschuiving in de zorg te bevorderen. Verschuiving van academische centra naar de tweede lijn en van de tweede lijn naar de eerste lijn. De huidige manier van financiering op basis van productie belemmert dergelijke efficiënte verschuivingen omdat vermindering van productie voor een zorginstelling vermindering van inkomsten betekent. Verzekeraars kunnen hierin een grotere rol spelen dan tot nu toe in de praktijk heeft plaatsgevonden.
   Contracteervrijheid zorgt ook voor een ruimer aanbod van polissen, zodat consumenten beter gevolg kunnen geven aan hun preferenties. Wil iemand overal alle zorg kunnen betrekken dan kiest men voor een duurdere polis. Is men bereid alle zorg bij één aanbieder te betrekken dan zal de premie aanzienlijk lager zijn.
2. Daarnaast is *inzicht in kwaliteit* van zorgaanbieders nodig om doelmatigheid te bevorderen. Met het beperkte inzicht in de kwaliteit van zorgaanbieders -mede door het ontbreken van eenduidigheid in definitie van kwaliteit- blijft bevordering van doelmatigheid in het nominaal gefinancierde deel van de zorg lastig.

3. Ten slotte dienen de zorgmarkt en de zorgverzekeringsmarkt *betwistbaar* te zijn. Een betwistbare zorgmarkt betekent dat de toegang tot die markt voldoende open is voor bijvoorbeeld innovatieve nieuwkomers. Op die manier hebben verzekeraars voldoende keuzemogelijkheden. Voor een betwistbare verzekeringsmarkt geldt hetzelfde: nieuwe verzekeraars dienen toegang te hebben tot de zorgeverzekeringsmarkt. Dit geldt ook voor zorgaanbieders die combinaties van zorg en verzekering aan willen bieden.

Terug naar de risicoverevening

Risicoverevening is de motor is van ons solidaire zorgstelsel maar niet geschikt als oplossing voor de eerder genoemde belemmeringen tot doelmatigheid. Wel zien we voor de nabije toekomst een aantal ontwikkelingen in de risicoverevening die volgens ons aandacht nodig hebben.

Jaarlijks onderhoud

De zorg ontwikkelt zich snel. Nieuwe behandelingen brengen nieuwe kosten met zich mee. Om de inperking van risicoselectie en het gelijke speelveld te behouden, is het nodig dat het vereveningsmodel de dynamiek in de zorg op de voet volgt. Dit vereist dat het model jaarlijks wordt geactualiseerd. Het jaarlijks onderhoud borgt de ontwikkelingen in prijs en volume en zorgt voor de reguliere 'checks & balances' om te voorkomen dat het voor een verzekeraar loont om de doelen uit het oog te verliezen. Wij willen het belang van het bestaande reguliere onderhoud onderstrepen.

Stijging kosten verzekerden met 'extreem hoge kosten'

De introductie van nieuwe medicijnen en behandelingen gaat vaak gepaard met (extreem) hoge kosten. Momenteel is er een kleine groep verzekerden met kosten die hoger zijn dan het voorspellingsinterval van het vereveningsmodel. Als, zoals verwacht, [1] het aantal verzekerden met extreem hoge kosten toeneemt, zal het aandeel van de kosten waarvoor het model tekortschiet ook toenemen. Wetende dat juist voor deze groep het huidige model onvoldoende compenseert zouden we prioriteit willen geven aan de (door)ontwikkeling van een criterium dat de risico's voor deze groep verevent. Wanneer de omvang van de groep toeneemt is het wellicht mogelijk een toereikend model te ontwikkelen voor deze groep.

[1] "Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten" kenmerk 899467-145972-GMT, Min VWS, 2016.

Chronisch zieken

De scheefheden in de risicoverevening zijn met de hogere compensatie voor chronisch zieken evident minder geworden. APE onderschrijft de prioriteit die het departement geeft aan een verdere egalisering van het speelveld door een betere compensatie van groepen met een te lage compensatie. Wij onderschrijven echter niet de stelling dat chronisch zieken via de risicoverevening zouden moeten worden overgecompenseerd. Expliciete en bewuste overcompensatie staat haaks op de uitgangspunten van de risicoverevening en zet de deur open voor beleidsmatige/politieke sturing. Het risico bestaat dat door de wisselende ad-hoc preferenties ten aanzien van de groepen die over- resp. ondergecompenseerd dienen te worden innovaties en investeringen van verzekeraars in kwaliteit worden geremd.

Naast genoemde prioriteiten zien we twee onderwerpen in de discussies over risicoverevening die ons inziens een lagere prioriteit zouden moeten krijgen. Het betreft ex-post compensatie en verdere verfijning van het model.

Ex post compensatie

De standpunten rondom ex post verevening zijn divers in het veld. De ex-post verevening is een compensatie die achteraf op basis van gerealiseerde kosten een verzekeraar vergoedt. Wij ondersteunen het standpunt dat ex-ante compensatie voldoende moet zijn in het systeem voor de financiering van verzekeraars. Ex-post compensaties staan op gespannen voet met de doelmatige uitkomsten van risico dragen.
Bovendien is het huidige ex-ante systeem gebaseerd op gerealiseerde kosten uit het verleden. Dit levert een extra argument om af te zien van ex post compensatie. Veranderingen in de kostenpatronen worden immers drie jaar later in het systeem opgenomen en op deze manier is er voorzien in een vangnet om uiteenlopende ontwikkelingen in kostenpatronen te compenseren met een faseverschil van drie jaar. Deze vormgeving betekent dat de inefficiënties in de zorgproductie worden meegenomen in de berekeningen van de vereveningsbijdrage. Dit is vanuit doelmatigheidsoverwegingen niet optimaal maar te prefereren boven de handhaving van de ex-post compensatie.
Om een actueel voorbeeld te geven: wij zouden er niet voor willen pleiten de overheveling vanuit de voormalige AWBZ naar de Zvw pas te laten plaatsvinden nadat een goede risicoverevening, gebaseerd op objectieve factoren, tot stand gebracht is. Dat is de ideale situatie. Maar ook voordat deze situatie wordt bereikt zijn er al positieve resultaten te behalen. Door de overheveling van de huishoudelijke hulp van uit de AWBZ naar de gemeenten zijn doelmatigheidswinsten behaald, ook als de verdeling nog niet optimaal is en deels is gebaseerd op historisch gebruik. Daarbij is het opmerkelijk dat bij decentralisatie op het sociale domein naar gemeenten een vorm van ex post compensatie niet aan de orde is.

Verdere verfijning van het model

Modelmatig is het systeem uitontwikkeld wanneer de neiging van een verzekeraar om risicoselectie toe te passen is geneutraliseerd. Pas als de kosten om risicoselectie uit te voeren hoger zijn dan het materiële risico dat een verzekeraar loopt is dit het geval en is de doelstelling *volledig* geborgd wat betreft inperking van risicoselectie. Er is dan ook een *volledig* gelijk speelveld. Er zijn echter grenzen aan de technische mogelijkheden van het vereveningsmodel. Het huidige model is zo gevuld met criteria dat de toevoeging van meer criteria snel geen waardevolle uitkomsten meer oplevert. Mogelijkheden tot verdere ontwikkeling van het model beperken zich ons inziens tot 'vervanging van criteria' of 'verbetering van bestaande criteria'. Met de huidige voorspelkracht van het model zijn wij van mening dat nog verdere ontwikkeling naast het reguliere onderhoud beperkte toegevoegde waarde heeft. Wanneer echter grote veranderingen in het zorgstelsel worden ingevoerd, zoals 'populatie gebonden bekostiging' voor zorgaanbieders of aandoeningsgerichte zorgfinanciering, dan is onderzoek naar de impact daarvan op risicoverevening wel zinvol.

Tot slot

Zonder risicoverevening is een sociale ziektekostenverzekering onbestaanbaar en zonder een verevening die voldoende verfijnd is kunnen verzekeraars niet doelmatig te werk gaan. De verdere ontwikkeling van het vereveningsmodel stuit echter op het dilemma tussen verfijning en insignificantie. Risicoverevening ondersteunt de marktwerking maar draagt nauwelijks direct bij aan de doelmatige werking van de zorgmarkt. De doelmatigheid moet komen van het gebied waar de prijsprikkels werken en dat is het nominaal gefinancierde deel. De winst die te behalen valt in verhoging van de efficiëntie van de zorgproductie is ons ziens vele malen groter dan die in verbetering van het vereveningsmodel.

a.s.r.
de nederlandse
verzekerings
maatschappij
voor alle
verzekeringen

POSITION PAPER

DE TOEKOMST VAN DE RISICOVEREVENING

Utrecht, 15 februari 2016
opsteller:
Drs. Ing. H.T. Heemskerk

meelezers:
Drs. G.M.P. Roekaerts
Drs. S. Hobma – ten Zeldam

INHOUDSOPGAVE

Verantwoording

Deze position paper over de toekomst van de risicoverevening binnen het Nederlandse Zorgstelsel is geschreven op uitnodiging van VWS. Op deze uitnodiging wil a.s.r. graag ingaan om zo een bijdrage te leveren aan de discussie over het risicovereveningsmodel. Daarbij vindt a.s.r. de bijdrage vanuit kleinere zorgverzekeraars in het bijzonder relevant gezien hun bijzondere belang bij een goed functionerend systeem van risicoverevening.

In deze position paper geeft a.s.r. haar visie op de noodzaak van een risicovereveningsmodel binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), knelpunten en denkrichtingen voor mogelijke oplossingen. Daarbij is bewust gekozen ook controversiële oplossingen te benoemen. Op voorhand wil a.s.r. niet voor- of tegenstander te zijn van één van deze oplossingen, maar is van mening dat deze items bij een fundamentele discussie wel ter spraken moeten komen. De opzet van deze position paper is zo gekozen dat deze aansluit bij de door VWS in hun uitnodiging meegegeven vragen[1]. De position paper wordt afgesloten met een beschouwing op het verzekeraarsrisico.

Het risicovereveningsmodel

Het Nederlandse Zorgstelsel wordt gekenmerkt door een gereguleerde marktwerking. Er is geen sprake van een volledig vrije markt bij de zorgverzekeringen. Hiermee wordt de algemene toegankelijkheid van de zorg gegarandeerd[2]. De Zorgverzekeringswet legt zorgverzekeraars een acceptatieplicht voor de basisverzekering op. Een verzekerde mag niet geweigerd worden door een zorgverzekeraar. Ook mag de zorgverzekeraar geen gedifferentieerd premiebeleid voeren, er geldt een verbod op premiedifferentiatie.

Deze door de wetgever opgelegde restricties maken een goed systeem van risicoverevening noodzakelijk. Wanneer een zorgverzekeraar geen grip heeft op de verzekeringstechnische risico's, omdat hij alle verzekerden in portefeuille moet nemen, zal de overheid er zorg voor moeten dragen dat zorgverzekeraars met een ongezonde populatie niet in het nadeel zijn ten opzichte van verzekeraars met een gezonde populatie.

Het risicovereveningsmodel heeft daarom primair tot doel een gelijk speelveld te creëren tussen zorgverzekeraars, ter compensatie van voorspelbare kostenverschillen als gevolg van de gezondheidskenmerken van hun verzekerdenportefeuille[3]. Als dit doel wordt gerealiseerd is er voor een zorgverzekeraar geen noodzaak tot risicoselectie, en zal doelmatige uitvoering van de Zvw het concurrentiele verschil gaan maken.

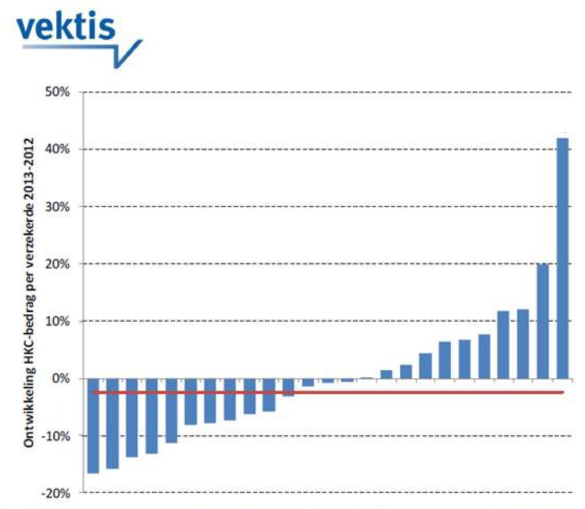
A.s.r. deelt de drie door VWS genoemde doelstellingen van de risicoverevening, en stelt daarbij dat de laatste twee genoemde doelstellingen meer gezien kunnen worden als gewenst gevolg van de risicoverevening, dan het primaire doel. Het primaire zal het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars moeten zijn.

---

[1] Fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening, (VWS, 18 december 2015)
[2] Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet (VWS, augustus 2007)
[3] Fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening, (VWS, 18 december 2015)

Huidige werking van het risicovereveningsmodel

De werking van het risicovereveningsmodel kan nog verder verbeterd worden. Binnen de totale groep van verzekerden is het mogelijk groepen aan te treffen die worden onder gecompenseerd, dan wel overgecompenseerd voor voorspelbare zorgkosten[4]. Deze imperfectie van het model kan een grote financiële impact hebben voor de betreffende zorgverzekeraar en daarmee de hoogte van de nominale premie. De doelstelling van een gelijk speelveld wordt hiermee niet gerealiseerd.
Het belang van een goede ex-ante risicoverevening is door de snelle afbouw van de ex-post verevening nog groter geworden. Door een te snelle afbouw van de ex-post verevening komt het gelijk speelveld verder onder druk te staan.
In het Vektis rapport *Raming HKC 2013*[5] wordt de ontwikkeling van het HKC-bedrag per verzekerde van 2012 op 2013 voor de verschillende zorgverzekeraars weergegeven. Het laat bijvoorbeeld zien hoe sterk de zorgkosten GGZ van het ene op het andere jaar kunnen fluctueren en dat dit niet voor iedere verzekeraar in gelijke mate gebeurd. Na afschaffing van de HKC GGZ in 2015 is het de vraag of een zorgverzekeraar via het risicovereveningsmodel voldoende wordt gecompenseerd voor deze sterke zorgkostenfluctuaties.



Figuur 3: Ontwikkeling van het HKC-bedrag per Zvw-verzekerde van 2012 op 2013 voor de verschillende risicodragers.

Verbetering van het risicovereveningsmodel

Bij de verbetering van het risicovereveningsmodel zal het primaire doel van de risicoverevening leidend moeten zijn; het creëren van een gelijk speelveld. Het al dan niet bewust onder - of overcompenseren van verzekerden voor voorspelbare zorgkosten, zoals chronisch zieken, doet afbreuk aan deze doelstelling.
Naast reguliere verbeteringen zou gezocht kunnen worden naar alternatieve, mogelijk controversiële, verbeteringen zoals:

- Gevalsnormering voor zeer kleine en moeilijk door het risicovereveningsmodel te 'vangen' groepen verzekerden met zeer hoog zorggebruik;

[4] Risicoverevening is geen panacee, ESB Gezondheidszorg 2015
[5] Raming HKC 2013, Vektis, 27 november 2013

- Compensatie achteraf. (herintroductie ex-post, HKC);
- Splitsing van het model in type zorggebruikers indien sprake is van een zeer scheve verdeling over de verzekerdenpopulatie;
- Accepteren van een beperkte mismatching van het vereveningsbudget, in combinatie met een beperkte vorm van premiedifferentiatie.
- Terugbrengen van de complexiteit. Inmiddels is het risicovereveningsmodel door de toevoeging van steeds nieuwe kenmerken uitgedijd tot een model met zeer veel parameters. Onderzocht zou kunnen worden of clustering van kenmerken mogelijk is en of alle kenmerken in de huidige vorm nog waarde toevoegen aan het model.

De ontwikkeling van het risicovereveningsmodel dient bovenal gekenmerkt te worden door een streven naar een zo goed mogelijke voorspelling van de te verwachte zorgkosten. Waar dit niet lukt zullen alternatieve controversiële aanvullende maatregelen als ex-post en gevalsnormering mogelijk moeten zijn als het gelijk speelveld daarmee wordt versterkt. Daarbij zal het uitgangspunt een objectief normeerbaar model moeten zijn waarin geen bewuste onder - dan wel overcompensatie plaatsvindt. Dit is immers per definitie niet objectief en leidt tot ongelijkheid tussen verzekerden en een verlies aan gelijkspeelveld tussen zorgverzekeraars.
Anderzijds is een model met perfecte voorspelkracht een utopie. Bij de acceptatie hiervan zal het behoud van een gelijk speelveld leidend moeten zijn. Dit zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot de noodzaak van het toestaan van enige premiedifferentiatie.

Huidige situatie doelmatigheid risicovereveningsmodel

In de huidige opzet tracht het risicovereveningsmodel een zo goed mogelijke voorspelling van de zorgkosten van een verzekerde te geven. De hoogte van het ex-ante vastgestelde risicovereveningsbudget kan daarmee gezien worden als de vaststelling van de netto premie voor de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraar.
Wanneer de hoogte van de door het risicovereveningsmodel vastgestelde netto premie afwijkt van de werkelijke zorgkosten dient de zorgverzekeraar dit te compenseren in een opslag of afslag in zijn premie. Verschillende oorzaken kunnen leiden tot deze afwijking van de werkelijke zorgkosten ten opzichte van de vastgestelde vereveningsbijdragen. Deze oorzaken zijn onder andere:

- Gedrag (zorggeneigdheid) van verzekerden;
- Inkooppositie van de zorgverzekeraar;
- Zorgvraagzwaarte (consumptie) van de verzekerden;
- Misspecificatie in het model.

De eerste twee punten zijn (deels) gerelateerd aan de bedrijfsvoering van de verzekeraar en vormen daarmee een acceptabele, dan wel gewenste mismatching. Wanneer een zorgverzekeraar het gedrag van zijn verzekerde gunstig weet te beïnvloeden, of de verzekerde gedraagt zich al gunstiger, zou daar wel een premie- of resultaatverschil tegenover mogen staan. Evenals wanneer een zorgverzekeraar door een gunstige prijsafspraak een voordeel weet te behalen.
Een zorgverzekeraar loopt, wat betreft de laatste twee punten echter een onacceptabel risico op mismatching van de door het vereveningsmodel vastgestelde netto premie. Het verzekeraarsrisico verschuift
daarmee (deels) van het risico op zorggebruikt van een individuele verzekerde naar het risico op misspecificatie binnen het risicovereveningsmodel. Dit uit zich in een te laag of te hoog vastgestelde

vereveningbijdrage (netto premie). Een perfect functionerend risicovereveningsmodel reduceert dit risico naar nul[6].

Zoals eerder betoogd is het huidige risicovereveningsmodel nog onvoldoende in staat om de vereveningsbijdrage voldoende adequaat te voorspellen. Dit komt onder andere tot uiting in de slechte voorspelkracht van zeer hoge GGZ-kosten.
Zeker voor kleinere zorgverzekeraars is het belangrijk dit risico te onderkennen. Vanuit bedrijfseconomische oogpunt en continuïteit van de bedrijfsvoering zal een zorgverzekeraar zijn risicobeheersing moeten richten op het risico van ondercompensatie op zijn verzekerdenportefeuille. Een grote zorgverzekeraar zal dit (model)risico veelal kunnen mitigeren door een groot aantal verzekerden (het gemiddelde neigt meer naar de modeluitkomst). Kleinere zorgverzekeraars hebben deze mogelijkheid niet. Dit maakt kleinere zorgverzekeraars veel gevoeliger voor het risico op mismatching. Een kleinere zorgverzekeraar kan alleen actief streven naar een portefeuille samenstelling die aansluit bij de landelijke gemiddelden, dit om te voorkomen dat er een oververtegenwoordiging van groepen verzekerde toetreden, waarvoor onder compensatie geldt. Dit is vaak juist niet de intentie van een kleine zorgverzekeraar omdat deze zich juist veelal richt op speciale doelgroepen, zoals regionaal als regionale verzekeraar, ondernemers als dé inkomensverzekeraar of als internetverzekeraar op verzekerden die graag alles via internet regelen.

Verzekeraarsrisico

De acceptatieplicht heeft een zorgverzekeraar de mogelijkheid ontnomen om zijn verzekeraarsrisico te mitigeren door het stellen van gezondheidsvragen via het acceptatieformulier. Zoals eerder gesteld dient het risicovereveningsmodel voor het wegvallen hiervan te compenseren. Het overgebleven verzekeraarsrisico op individueel verzekerde niveau zou daarmee gedefinieerd kunnen worden als alle risico's die een zorgverzekeraar door middel van de uitvraag van gezondheidsvragen niet had kunnen ondervangen. Het is daarmee niet eenvoudig om dit risico specifiek op bepaalde zorg en de mate van voorspelbaarheid van de zorgvraag te definiëren. Een gebroken been zou een overgebleven risico kunnen zijn, maar wat als deze breuk oorzaak is van een gevaarlijke sport? Zo ook voor zwangerschap, dit zou gezien kunnen worden als overgebleven risico, maar wat als de verzekerde overstapt van zorgverzekeraar, omdat zij zwanger is? Voor chronische ziekten is het logisch dat het risicovereveningmodel de voorspelbare kosten compenseert. Dit kan ook gelden voor de zorgkosten in het eerste jaar van ziekte indien de zorgverzekeraar op basis van de gezondheidsvragen het risico te groot zou hebben geschat, dat verzekerde deze chronische ziekte zou krijgen, en daarom verzekerde had geweigerd. Daarnaast heeft de acceptatieplicht verzekerde de mogelijkheid gegeven om over te stappen van zorgverzekeraar ook als de zorgvraag op zichzelf gezien kan worden als overgebleven verzekeraarsrisico. Het is daarom nog niet zo eenvoudig om een heel rigide definitie te geven van de kosten die wel of niet gecompenseerd dienen te worden. Er valt dan ook wel iets voor te zeggen om, in bepaalde gevallen, niet alleen voorspelbare maar ook verklaarbare zorgkosten te compenseren. Dit zouden onder andere de zorgkosten kunnen zijn voor zwangeren die gedurende hun zwangerschap overstappen van zorgverzekeraar.

[6] In geval van macroneutraliteit

Centraal Planbureau

CPB Notitie

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T (070)3383 380
I www.cpb.nl

Contactpersoon
Rob Aalbers
Michiel Bijlsma
Rudy Douven

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Datum: 15 februari 2016
Betreft: Risicoverevening in de Zorgverzekeringswet: nieuwe uitdagingen voor de toekomst

1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal partijen verzocht om een 'position paper' te schrijven over de toekomst van de risicoverevening. Deze notitie bevat het position paper van het CPB. Het CPB identificeert daarin een aantal nieuwe uitdagingen voor de toekomst:

1) Probeer meer inzicht te krijgen in het precieze doel van de risicoverevening
2) Leg prioriteit bij nieuwe zorgvormen in de Zvw, zoals de GGZ en de wijkverpleging.
3) Evalueer de effectiviteit van beïnvloedbare risicofactoren in de huidige risicoverevening.
4) Onderzoek wat de gevolgen kunnen zijn van over- of ondercompensatie van (on)gezonde verzekerden?
5) Onderzoek of het mogelijk is om ook gedragsreacties van actoren mee te nemen bij de ontwikkeling van de risicoverevening.

2 'Position paper' over de toekomst van de risicoverevening

Ongeveer 25 jaar geleden begon de overheid met de ontwikkeling van de risicoverevening. Hierbij richtte de overheid zich vooral op het toevoegen van nieuwe risicofactoren aan het risicovereveningsmodel. Dit heeft er inmiddels toe geleid dat de verklaarkracht van het model sterk is verbeterd en Nederland een van de meest geavanceerde risicovereveningsmodellen in de wereld heeft. Het meeste laaghangende fruit is inmiddels wel geplukt en het wordt steeds moeilijker om de verklaarkracht van het model verder te verbeteren. Een belangrijke vraag is of de

inspanningen om de verklaarkracht te verbeteren opwegen tegen de steeds kleiner wordende opbrengsten. In dit position paper bespreken we eerst kort de drie doelen van risicoverevening, vervolgens gaan we na in hoeverre die doelen zijn gehaald en we sluiten af met aanbevelingen voor de toekomst.

De drie doelen van de risicoverevening

Het ministerie van VWS (2016) stelt drie doelen centraal met betrekking tot de risicoverevening. Deze doelen kunnen als volgt kort worden samengevat:

1. Risicoselectie tegengaan. Hiermee bedoelen we het bewust of onbewust selecteren, of weigeren van voorspelbaar verliesgevende verzekerden door verzekeraars. Risicoverevening neemt voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden weg en verkleint daarmee de prikkels voor risicoselectie.

2. Doelmatigheidsprikkels behouden. Het uitgangspunt van ons zorgstelsel is dat verzekeraars doelmatige zorg inkopen en zorgaanbieders doelmatige zorg verstrekken. Het is daarom van belang de risicoverevening zo te organiseren dat er voldoende doelmatigheidsprikkels aanwezig blijven zodat zorgmarkten goed kunnen functioneren.

3. Een gelijk speelveld behouden. Er kunnen toevallige verschillen ontstaan in niet-beïnvloedbare kosten van verzekerdenpopulaties tussen verzekeraars. Deze verschillen leiden tot een ongelijk speelveld en kunnen concurrentieverstorend werken.

Worden de doelen gehaald?

In hoeverre worden deze drie doelen behaald met de huidige stand van de risicoverevening? Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoordden. Ten eerste, risicoselectie, doelmatigheid en een gelijk speelveld zijn lastig te vangen begrippen waarvoor het moeilijk is om heldere criteria vast te stellen. Ten tweede moet er bij de beoordeling van de doelen een afweging plaatsvinden: het bereiken van het ene doel kan ten koste gaan van het andere doel. Bijvoorbeeld, de afgelopen jaren is besloten om de ex-post risicoverevening verder af te bouwen. Dit heeft de doelmatigheidsprikkels vergroot, maar mogelijk ook de prikkels tot risicoselectie doen toenemen. Ten derde lijken de actoren in het veld het belang van de doelen anders te wegen. Verzekeraars zullen vooral benadrukken dat een gelijk speelveld moet worden nagestreefd. Verzekeraars stellen immers dat ze niet of nauwelijks aan risicoselectie doen en dat ze zich maximaal inspannen om de doelmatigheid in de zorg te verbeteren. Beleidsmakers geven meer gewicht aan het tegengaan van de prikkels voor risicoselectie en vergroten van de doelmatigheid in de zorg (Van de Ven en Ellis, 2000).

Omdat bovenstaande doelen lastig zijn te objectiveren, concentreert de overheid zich bij de reguliere ontwikkeling vooral op het verbeteren van de verklaarkracht van het

model. Een verbetering van de verklaarkracht is 'relatief' eenvoudig, er bestaan heldere statistische criteria om deze te beschrijven, zoals een R-kwadraat of varianten daarop. Het idee dat de overheid de afgelopen 25 jaar gevolgd heeft, is dat een verbetering in de verklaarkracht zich automatisch vertaalt in een verbetering van de drie genoemde doelen. Of dit ook werkelijk het geval is, is echter nog maar de vraag en die vraag wordt steeds belangrijker naarmate we dichter in de buurt komen van de technische grenzen van het systeem.

1) Tegengaan risicoselectie

Met betrekking tot het eerste doel is de vraag of we überhaupt risicoselectie observeren in de Zvw.

Zowel de Commissie Don (2012) als de NZa (2015) constateren geen ernstige vormen van risicoselectie. Er treden wel lichte vormen van risicoselectie op, zoals het in de markt zetten van polissen waarbij verzekeraars zich richten op specifieke groepen, zoals studenten of hoogopgeleiden. Deze vorm van risicoselectie verstoort de risicosolidariteit tussen studenten (of hoogopgeleiden) en andere verzekerden, maar verstoort niet de doelmatigheidsprikkels van actoren in de zorgmarkt. Het ontstaan van goedkope polissen hoeft ook niet het gevolg te zijn van een imperfecte verevening. Ook bij een perfecte risicoverevening kunnen er goedkopere polissen voor studenten of hoogopgeleiden in de markt ontstaan. Studenten en hoogopgeleiden zijn immers mobieler en eerder bereid om te switchen van verzekeraar dan andere verzekerden. In een concurrerende verzekeringsmarkt zullen verzekeraars polissen ontwikkelen waarbij de prijselastische verzekerden worden gescheiden van de prijsinelastische verzekerden.

Een ernstiger vorm van risicoselectie is het bewust inboeten aan de kwaliteit van de zorg om zo verliesgevende ongezonde verzekerden te mijden. Van de Ven, Van Kleef en Van Vliet (2015) geven een aantal praktijkvoorbeelden uit de VS van verticaal geïntegreerde verzekeraars en zorgaanbieders. In Nederland is dit risico kleiner, omdat de risicoverevening beter is en verticale integratie nauwelijks voorkomt. Toch is hier waakzaamheid vereist en moet er worden toegezien dat de basiskwaliteit van zorg voor deze kwetsbare groepen verzekerden overeind blijft. Deze imperfectie in de risicoverevening heeft als gevolg dat de doelmatigheidsprikkels, die we hierna zullen bespreken, niet voor alle zorgvormen optimaal zijn.

Een perfecte ex-ante risicoverevening is niet mogelijk en er zullen altijd groepen verzekerden of zorgvormen blijven bestaan die over- of ondergecompenseerd worden. Niet alleen zullen verzekeraars altijd een informatievoorsprong behouden, de overheid loopt ook op tegen wettelijke en juridische restricties, die ze zich ten dele zelf heeft opgelegd doordat compensaties alleen mogen plaatsvinden op het gebied van gezondheid, leeftijd en geslacht (Stam, Visser en Goudriaan, 2015). De potentie voor risicoselectie blijft dus aanwezig, maar het is onduidelijk of dit ook in de toekomst gaat leiden tot ernstige vormen van risicoselectie, zoals het proberen te

weigeren van verzekerden, of het bewust inboeten aan kwaliteit van bepaalde zorgvormen. Risicoselectie is in de praktijk immers niet eenvoudig en ook riskant voor verzekeraars. In een compact land als Nederland, waar een relatief grote publieke controle is en de bevolking en de meeste verzekeraars aan sociale motieven hechten, kan een verzekeraar die betrapt wordt op risicoselectie, reputatieschade oplopen. Het monitoren van mogelijke risicoselectieactiviteiten van verzekeraars is wel nodig en dat zou mogelijk wel eens belangrijker kunnen zijn voor het tegengaan van risicoselectie dan kleine verbeteringen in de risicoverevening.

2) Doelmatigheidsprikkels behouden

De overheid heeft altijd de strategie gehanteerd dat een verbetering van de verklaarkracht van de ex-ante risicoverevening ruimte geeft om de ex-post correctiemechanismen, inclusief de macronacalculatie, verder af te bouwen. Deze strategie vergroot de financiële risico's van verzekeraars en daarmee de prikkels voor een doelmatige zorg (Douven, 2010). Dit is een prima vuistregel voor het beleid, en kan ook weer als leidraad dienen bij de introductie van nieuwe zorgvormen in de Zvw, zoals de toevoeging van de curatieve GGZ in 2008 en de wijkverpleging in 2015. Bovenstaande vuistregel moet echter geen doel op zichzelf worden. Wanneer het lastig blijkt om groepen chronisch zieken goed te compenseren en de potentie voor risicoselectie groot wordt geacht, kan een gericht ex-post correctiemechanisme worden ingezet, zoals een hoge kostenverevening. Ook lastig te voorspellen zorgvormen, zoals heupfracturen of zwangerschap (Douven en Mannaerts, 2007) zouden ex post kunnen worden verevend met behulp van een normbedrag. In de ex-ante risicoverevening wordt momenteel een variabele als meerjarige hoge kosten uit het verleden meegenomen. Dit is eigenlijk ook een soort ex-post correctiemechanisme omdat hoge zorguitgaven in het huidige jaar in latere jaren weer worden gecompenseerd en ook hier zorgt dat voor een vermindering van de doelmatigheidsprikkels.

Een lastig probleem bij de vuistregel is de precieze afweging tussen doelmatigheid en risicoselectie. In hoeverre leidt het inbouwen van meer doelmatigheidsprikkels ook daadwerkelijk tot meer doelmatigheid, en in hoeverre leidt het minder compenseren, bijvoorbeeld van chronisch zieken, ook daadwerkelijk tot meer risicoselectie? Hier spelen allerlei aspecten een rol; denk aan de mate van intrinsieke motivatie van verzekeraars, hoe veel en gemakkelijk doelmatigheid te behalen is, hoe ernstig de risicoselectie is, etc. etc. Deze afwegingen zijn lastig te maken en meer inzicht kan alleen worden bereikt via empirisch onderzoek. Zolang dit inzicht echter ontbreekt, stoelen discussies rondom dit thema sterk op subjectieve oordelen.

In hoeverre hebben over- of ondercompensaties van zorgvormen consequenties voor de doelmatigheid in de zorg? Een eerste antwoord is dat het niet uitmaakt, omdat gegeven het ex-ante bedrag verzekeraars er altijd financieel belang bij hebben om de zorg zo doelmatig mogelijk in te richten voor hun verzekerden. We merkten hiervoor echter al op dat verzekeraars ook bewust ondoelmatige zorg kunnen gaan leveren om

verliesgevende verzekerden te weren. De volgende belangrijke vraag dringt zich op. In de huidige systematiek van de riscoverevening worden gezonde verzekerden overgecompenseerd en ongezonde verzekerden ondergecompenseerd. Is het dan niet beter om gezonde verzekerden minder en ongezonde verzekerden juist meer te compenseren (Van de Ven, 2015)? Overcompensatie van ongezonde verzekerden heeft als voordeel dat verzekeraars zich meer zullen richten op die groep verzekerden die ook daadwerkelijk zorg nodig heeft. Een nadeel van overcompensatie kan zijn dat het er ook toe kan leiden dat verzekerden vooral meer zorg krijgen dan maatschappelijk wenselijk is. Dit zou ervoor pleitten om in de risicoverevening vooral die zorgvormen te overcompenseren waar flinke doelmatigheidswinsten zijn te verwachten.

3) Een gelijk speelveld behouden

We kunnen spreken van een gelijk speelveld wanneer risicoverevening goed genoeg corrigeert voor de gemiddeld voorspelbare kosten per verzekerde van de populatie van een verzekeraar. Dus ook wanneer de risicoverevening onvoldoende corrigeert voor individuele verschillen, kunnen door het poolen van verzekerden de gemiddelde voorspelbare kosten per verzekerde toch gelijk zijn tussen verzekeraars. Door het poolen zullen kleine verbeteringen in de risicoverevening ook kleine effecten sorteren in de gemiddelde voorspelbare kosten. Door de wet van de grote aantallen zal dit eerder het geval zijn voor grote, dan voor kleine verzekeraars. Dus met betrekking tot het doel van een gelijk speelveld lijkt de risicoverevening vooral van belang voor kleine (en nieuwe toetredende) verzekeraars.

Een onderbelicht punt bij de discussie rondom de risicoverevening is de invloed van collectieven. Bij collectieve contracten spelen imperfecties in de risicoverevening een minder grote rol omdat verzekeraars deze imperfecties tot op zekere hoogte kunnen compenseren via hogere of lagere premies voor collectiviteiten. De collectieve markt kan dus goed gebruikt worden om signalen van onder- en overcompensaties op te vangen. Bijvoorbeeld wanneer het een collectief niet lukt om een contract met een verzekeraar af te sluiten, dan kan dat een signaal zijn van grote ondercompensaties in de risicoverevening. Wanneer de premie voor een bepaald collectief contract erg laag is, kan dat een signaal zijn van overcompensatie.

Nieuwe uitdagingen voor de toekomst

Bovenstaande analyse van de drie doelen van risicoverevening suggereert dat verdergaande kleine verbeteringen in de verklaarkracht van het risicovereveningsmodel weinig effect zullen sorteren op de drie doelen. We bevelen dan ook aan om het toekomstig beleid minder te richten op de verbetering van de verklaarkracht van het risicovereveningsmodel, maar meer rekening te houden met mogelijke gedragsreacties van actoren om op die manier de werking van zorgmarkten te verbeteren.

Concreet levert dit de volgende aanbevelingen op:

1) Krijg meer zicht op het precieze doel van risicoverevening
Na 25 jaar gewerkt te hebben aan de risicoverevening, zijn we op een punt aangekomen dat we aanpassingen van de risicoverevening niet meer goed kunnen beoordelen. Verdere aanpassing van de risicoverevening heeft alleen zin wanneer we inzicht hebben in het effect op de drie doelen. Een betere beschrijving van het precieze doel van risicoverevening is daarbij een eerste voorwaarde. Het monitoren van dat doel is dan de volgende stap. Een eerste voorzichtige stap is inmiddels gezet en onlangs verscheen een eerste kwantitatief onderzoek naar risicoselectie (NZa, 2016).

2) Leg prioriteit bij nieuwe zorgvormen in de Zvw
De afgelopen jaren is de Zvw steeds verder uitgebreid met nieuwe zorgvormen. In 2008 betrof dit de GGZ en in 2015 de wijkverpleging. Het is duidelijk dat voor deze twee zorgvormen de risicoverevening onvoldoende is en dat hier prioritering aan moet worden gegeven. De risicoverevening in de GGZ en de wijkverpleging is allesbehalve eenvoudig, waardoor de risico's op een ongelijk speelveld en risicoselectie groot zijn. Bij onvoldoende risicoverevening is de noodzaak groot om veel ex-post correcties toe te passen, waardoor doelmatigheidsprikkels uitblijven.

3) Evalueer de effectiviteit van beïnvloedbare risicofactoren.
Idealiter dient men risicofactoren op te nemen in het risicovereveningsmodel die niet beïnvloedbaar zijn door verzekeraars of zorgaanbieders. Dit geldt bijvoorbeeld voor risicofactoren als leeftijd, geslacht en de sociaal economische status van een verzekerde. Omdat deze risicofactoren echter onvoldoende verklaarkracht hebben, is er in de loop van de jaren voor gekozen om andere meer beïnvloedbare risicofactoren toe te voegen, zoals diagnosekostengroepen (dkg's), farmaceutische kostengroepen (fkg's) en meerjarige hoge zorguitgaven van verzekerden uit het verleden. Het probleem met beïnvloedbare risicofactoren is dat zij een doel op zichzelf kunnen worden en ook prikkels voor ondoelmatige zorg kunnen introduceren. We doelen hier bijvoorbeeld op mogelijk gedrag van verzekeraars om verzekerden langer in een risicocategorie te houden dan medisch nodig is om zodoende meer geld uit het vereveningsfonds te krijgen (men kan dit vergelijken met eerder onderzoek van het CPB waarbij zorgaanbieders hun behandeling aanpassen op tariefnormen, zie Douven, Remmerswaal en Mosca, 2015). Bij de risicoverevening kan men hierbij denken aan strategieën van verzekeraars om verzekerden langer of sneller in bepaalde dkg- of fkg-groepen te houden of te krijgen, om op die manier meer geld te ontvangen via de risicoverevening. In tegenstelling tot risicoselectieactiviteiten liggen deze prikkels meer in lijn met de belangen van de verzekerden en zorgaanbieders. Meer empirisch onderzoek naar beïnvloedbare risicofactoren en in hoeverre deze leiden tot ongewenst strategisch gedrag bij verzekeraars en aanbieders, is gewenst.

4) Onderzoek over- of ondercompensatie van (on)gezonde verzekerden?

Deze vraag kan tot op zekere hoogte empirisch worden getoetst. In de huidige risicoverevening is al sprake van overcompensatie van bepaalde (chronische) ziektes. Iedere diagnose kostengroep en farmaceutische kostengroep in de risicoverevening bevat verzekerden met verschillende aandoeningen en verwachte kosten. Omdat verzekeraars voor verzekerden in dezelfde dkg of fkg hetzelfde gemiddelde bedrag ontvangen, is er per definitie al sprake van over- en ondercompensatie bij bepaalde zorgvormen in een dkg en fkg. Via kwantitatief onderzoek kan worden nagegaan of verzekeraars meer werk maken van de zorgvormen die worden overgecompenseerd.

5) Probeer rekening te houden met gedragseffecten.

Er is een aantal nieuwe ontwikkelingen in de literatuur verschenen die nader onderzoek verdienen. In plaats van de traditionele lineaire regressiemodellen waarbij de verklaarkracht van het model wordt geoptimaliseerd, worden in de literatuur ook andere criteria gehanteerd voor de bepaling van de vereveningsbijdragen. Zoals hierboven reeds genoemd, wordt hierbij rekening gehouden met mogelijke gewenste en ongewenste gedragsreacties van actoren op zorgmarkten (Glazer en McGuire, 2000 , Bijlsma, Boone en Zwart, 2014, en Van Kleef, McGuire, Van Vliet, Van de Ven, 2015). Dit is in Nederland nog onontgonnen gebied en het verdient nader onderzoek of bij de verdere ontwikkeling van de risicovereveningsmodellen ook rekening kan worden gehouden met gedragseffecten van actoren in de zorg.

Referenties

Commissie Don, 2012, Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet, Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, juni 2012.

Bijlsma, M., J. Boone and G. Zwart, 2014, Competition leverage: how the demand side affects optimal risk adjustment?, *RAND Journal of Economics*, Vol. 45(4), blz. 792-815.

Douven, R. en H. Mannaerts, 2008, Doelmatige zorg versus risicoselectie, *Economisch Statistische Berichten*, 7 maart, blz.132-135.

Douven, R., 2010, Ex-post correctiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: Hoe nu verder?, CPB Document 212, Den Haag.

Douven, R., M. Remmerswaal, I. Mosca, 2015, Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care, *Journal of Health Economics* 42, blz. 139-150.

Glazer, J., and T. McGuire, 2000, Optimal Risk Adjustment in Markets with Adverse Selection: An Application to Managed Care, *American Economic Review*, 90(4), blz. 1055-1071

Kleef, R. van, T. McGuire, R. van Vliet, W. van de Ven, 2015, Improving Risk Equalization with Constrained Regression, NBER Working Paper 21570.

NZa, 2015, Rapport kwantitatief onderzoek naar risicoselectie, 25 juni 2015, Utrecht.

NZa, 2016, Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt, 29 januari 2016, Utrecht.

Stam, P., J. Visser, R. Goudriaan, 2015, Risicoverevening is geen panacee, *Economisch Statistische Berichten*, 100 (4720), blz. 624-627.

Van de Ven, W van de, 2015, Afscheidsrede Wynand van de Ven, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2 oktober 2015.

Ven, W. van de, en R. Ellis, 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1a, Amsterdam, Elsevier, blz. 755-845.

VWS, 2016, Uitnodiging voor schrijven position paper.

Position paper
Toekomst van de risicoverevening door de ogen van CZ; solidariteit

Inleiding
De Nederlandse overheid heeft als doel een zorgstelsel te realiseren dat betaalbaar is, toegankelijk is voor iedereen die zorg nodig heeft en kwalitatief goede zorg levert. Solidariteit is hierbij een sleutelwoord. Solidariteit is een van de belangrijkste speerpunten in het beleid van CZ. Ook al leven we niet allemaal even gezond, we blijven wel solidair. Gezond of ziek, zorg nodig of niet. Wie gezond is betaalt mee aan de zorg die anderen nu al nodig hebben. In de wetenschap dat die zorg er straks ook voor hen is, als zij er een beroep op moeten doen.

Voor een goede werking van het zorgstelsel is in 2006 de Zorgverzekeringswet ingevoerd. In de Zorgverzekeringswet is vastgelegd dat zorgverzekeraars geen verzekerden mogen weigeren voor de basisverzekering. Daarnaast moet elke zorgverzekeraar voor al zijn verzekerden per polis eenzelfde premie in rekening brengen. Door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie bestaat zonder aanvullend overheidsbeleid bij zorgverzekeraars een prikkel om verzekerden met een goede gezondheid aan zich te binden en een prikkel om verzekerden met hoge gezondheidsrisico's te weren. Om de prikkel tot risicoselectie weg te nemen, worden zorgverzekeraars financieel gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Het primaire doel van de risicoverevening is een gelijk speelveld tussen de zorgverzekeraars bewerkstelligen. Als de risicoverevening perfect werkt, dan bestaat er geen prikkel tot risicoselectie. In dat geval is doelmatige zorginkoop het enige middel van de zorgverzekeraars om zich te onderscheiden in de zorgverzekeringsmarkt. Het huidige risicovereveningssysteem werkt niet perfect en derhalve zullen nog aanpassingen in het systeem nodig zijn. Hoewel, CZ is van mening dat de oplossing niet altijd ligt in het blijven verbeteren van het systeem.

Risicovereveningssysteem
Zorgverzekeraars zijn in beginsel schadeverzekeraars. Om het gelijke speelveld te bewerkstelligen, moet een deel van het verzekeraarsrisico gecompenseerd worden. Deze compensatie mag zich niet verder uitstrekken dan noodzakelijk voor de doelstelling van het gelijke speelveld. Alle andere risico's blijven daarmee voor de verzekeraar. Dat betekent dat er maar twee soorten kosten zijn:

- **Wel te compenseren kosten**: de risicoverevening moet alléén compensatie bieden voor voorspelbare zorgkostenverschillen die gerelateerd zijn aan gezondheidskenmerken[1].
  Sinds het vereveningsjaar 2016 zijn op grote schaal kenmerken in de risicoverevening gebracht die gebaseerd zijn op zorggebruik in louter euro's in het voorgaande jaar. Dit soort kenmerken 'beloont' gebruik van zorg. Immers, gebruik van zorg in een zeker jaar leidt dan automatisch tot hogere vereveningsbijdragen in het volgende jaar. Zorgverzekeraars hebben dan minder belang bij het tegengaan van ondoelmatig gebruik van zorg. Dit zijn geen gezondheidgerelateerde kenmerken en dienen uit het risicovereveningssysteem verwijderd te worden. Het bovenstaande in ogenschouw nemende, dienen gezondheidskenmerken alleen in een kwalitatieve, diagnostische vorm te zijn opgenomen.
- **Niet te compenseren kosten**: alle niet-voorspelbare zorgkostenverschillen moeten gedragen worden door de verzekeraar en niet gecompenseerd worden in het risicovereveningssysteem. Of deze kosten wel of niet beïnvloedbaar zijn, is irrelevant voor de vraag of ze moeten worden gecompenseerd in de risicoverevening. Deze kosten vallen dus onder het verzekeraarsrisico.

[1] leeftijd en geslacht worden onder gezondheidskenmerken geschaard

CZ onderkent hierop een drietal uitzonderingen:

- **Vereveningskenmerk 'regio'**: CZ is van mening dat niet-gezondheidgerelateerde kenmerken niet gecompenseerd moeten worden, omdat dit de prikkel tot doelmatige zorginkoop ondermijnt. Echter, er zijn ook niet-gezondheidgerelateerde factoren, zoals regionale verschillen in infrastructuur[2], waarvoor het toch belangrijk is om deze voorspelbare zorgkostenverschillen te compenseren, zodat zorgverzekeraars hierop geen prikkel tot risicoselectie hebben dan wel krijgen. Deze effecten zijn lastig te kwantificeren en bovendien moeilijk te differentiëren van wel-gezondheidgerelateerde kosten. Op dit moment worden deze effecten via het vereveningskenmerk 'regio' verklaard en gecompenseerd, en dat moet zo blijven.
- **Vereveningskenmerk 'meerjarig hoge kosten'**: Het standpunt van CZ is dat vereveningskenmerken gebaseerd op de zorgkosten in alleen euro's in het voorgaande jaar niet in de risicoverevening moeten worden opgenomen, omdat deze tot ongewenste prikkels leiden. Echter, hier dient een uitzondering te worden gemaakt voor het vereveningskenmerk 'meerjarig hoge kosten' (MHK), omdat dit vereveningskenmerk relatief grote, gezondheidgerelateerde zorgkostenverschillen voorspelt die niet door andere vereveningskenmerken kunnen worden voorspeld. Daarnaast geeft MHK geen verkeerde prikkels voor doelmatigheid, omdat vooraf niet kan worden voorspeld of, voor welke verzekerde en voor welk bedrag er bijdragecompensatie plaatsvindt. Hoge zorgkosten in een voorgaand jaar leiden daarmee niet automatisch tot hogere vereveningsbijdragen in latere jaren.
- **Ex post compensaties**: CZ meent dat ex post compensaties alleen mogen worden opgenomen ter correctie van eventuele feilen in het risicovereveningssysteem, zoals wanneer er onvoldoende data beschikbaar is of nieuwe zorg(kosten) naar de Zorgverzekeringswet wordt/worden overgeheveld. Idealiter worden ex post compensaties op den duur beëindigd, maar zo lang een gebrek in het risicovereveningssysteem voortduurt, is het noodzakelijk ook de ex post compensatie te handhaven.

Bovenstaande beschouwingen zijn in onderstaand schema samengevat.

	Gezondheidgerelateerde kenmerken	Niet-gezondheidgerelateerde kenmerken
Voorspelbare zorgkosten	Risicovereveningssysteem	Verzekeraarsrisico, behalve voor kostenvariatie waarvoor zorgverzekeraars niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden
Niet-voorspelbare zorgkosten	Verzekeraarsrisico	Verzekeraarsrisico

Toekomst van de risicoverevening

Voor kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg is solidariteit een belangrijke pijler. Het risicovereveningssysteem moet zodanig zijn ingericht dat het de solidariteit ondersteunt. Al met al vindt CZ dat het huidige risicovereveningssysteem hieraan redelijk voldoet voor de somatische zorg. Voor de andere typen zorg is dat niet het geval

Het risicovereveningssysteem beoogt niet om perfectie na te streven: er zullen altijd onder- en overcompensaties blijven bestaan voor bepaalde groepen van verzekerden. CZ is van mening dat er niet moet blijven worden gesleuteld aan het risicovereveningssysteem, in een poging alle imperfecties er uit te halen. De prikkels tot doelmatigheid nemen hierdoor zelfs af, omdat een groep van verzekerden in het 'verbeterde' risicovereveningssysteem overgecompenseerd kan worden waar diezelfde groep van verzekerden voorheen ondergecompenseerd was.

[2] b.v. kosten van ambulancediensten in Zeeland of op de Wadden

Recent[3] gaf de minister het volgende aan: "De risicoverevening is primair bedoeld om het gelijke speelveld voor verzekeraars te borgen en om risicoselectie tegen te gaan. Daarenboven hecht ik sterk aan een verbetering van de risicoverevening, opdat verzekeraars meer geprikkeld worden om zich te richten op goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruik maken van zorg." Echter, het woord 'doelmatigheid' komt in bovenstaand schema niet voor. De risicoverevening is niet in het leven geroepen om de doelmatigheid van zorg op voorhand te stimuleren, daartoe zijn andere maatregelen in en rond de Zorgverzekeringswet getroffen. Aan het "… prikkelen van verzekeraars om zich te richten op goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruik maken van zorg" verbindt de minister ook de actie overcompensatie. Net als doelmatigheid, hoort overcompensatie niet thuis in de risicoverevening. Nog los van risico's van politieke beïnvloeding; het zijn geen doelstellingen van het systeem van risicoverevening. CZ vindt uiteraard wel dat de risicoverevening zorgverzekeraars niet mag hinderen bij het tegengaan van ondoelmatig gebruik van zorg.

Om de statistische samenhang tussen de vereveningskenmerken en de zorgkosten te schatten, wordt in de huidige risicovereveningsmodellen gebruik gemaakt van lineaire regressieanalyse. In de ogen van CZ is het model voor de somatische zorg voldoende ontwikkeld, zou het zelfs vereenvoudigd kunnen worden. Uitzondering hierop is het onderdeel verpleging & verzorging. Deze kosten worden in het somatische model nog niet voldoende gecompenseerd en hier is nog onderzoek naar nodig. De modellen voor de geestelijke gezondheidszorg en voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg behoeven zeker verbetering. Deze zorgkosten laten zich door hun specifieke kenmerken lastiger modelleren en voorspellen; wellicht dat andere (regressie)modellen hier uitkomst kunnen bieden. Vanwege de specifieke gezondheidskenmerken acht CZ het in ieder geval onverstandig om in de toekomst met één risicovereveningsmodel voor alle vier typen zorg te werken.

Premiedifferentiatie

Tot slot acht CZ het in het kader van solidariteit van belang om naast de risicoverevening ook aandacht aan premiedifferentiatie te besteden. Een belangrijke vereiste voor solidariteit is dat premiedifferentiatie verboden blijft, omdat anders de betaalbaarheid van zorg voor de kwetsbare groepen in gevaar komt. Wanneer premiedifferentiatie wordt toegestaan, ontstaat bovendien altijd ruimte voor risicoselectie en wordt het minder zinvol voor zorgverzekeraars om ondoelmatig gebruik van zorg tegen te gaan. In dit licht bezien zouden de volgende onderwerpen ter discussie kunnen worden gesteld:

- collectiviteitskortingen;
- vrijwillig eigen risico.

Op de keper beschouwd zijn dit namelijk geïnstitutionaliseerde vormen van premiedifferentiatie. Bovendien voegt het bestaan er van helemaal niets toe aan de doelstellingen van de Zorgverzekeringswet …

[3] Brief "Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken" van de Minister aan de Tweede Kamer, 16 juni 2015

Risicoverevening

Position paper GGZ Nederland

Aan
VWS

Datum
15-02-2016
Van
Eddy Faber
Onderwerp
Position paper risicoverevening

Bijlage(n)

Doorkiesnummer
033 460 8993
Ons kenmerk
KV/eyfr/iawg/179457/2016

Samenvatting

- **Het risicoverereveningsmodel ggz werkt voor een belangrijk deel reeds goed.**
- **Met het toevoegen van relevante diagnostische informatie verbetert het vereveningsmodel ggz verder.**
- **Een beperkte groep patiënten (ca 1,5%) in de ggz laat zich ontoereikend identificeren in het model. Het toepassen van gevalsnormering stelt zorg voor deze ook groep veilig.**

Uitgangspunten risicovereveningsmodel
In de inleiding van de uitnodiging voor het opstellen van een position paper wordt globaal gesteld '*dat een goede risicoverevening verzekeraars compenseert voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van de gezondheidskenmerken van hun verzekerdenportefeuilles.'*
Het uitgangspunt is correct natuurlijk. Het model dient te compenseren voor 'voorspelbare', of *structurele* zorgkosten van groepen verzekerden. *Incidentele* (of aspecifieke) kosten binnen groepen verzekerden vormen onderdeel van het verzekeraarsrisico.
De term 'voorspelbaar' werkt in dit verband echter ambiguïteit in de hand. Gedoeld wordt immers op *structurele* kostenverschillen tussen de verschillende groepen verzekerden. In hoeverre leden van bepaalde groepen zich trefzeker laten identificeren door een vereveningsmodel is echter een andere vorm van 'voorspelbaarheid'. Het komt voor dat de structurele kosten van een doelgroep uitstekend bekend zijn, maar dat het vereveningsmodel onvoldoende in staat is een deel van de doelgroep vooraf te herkennen op persoonskenmerken. Bij doelgroepen met een lastig te voorspellen lidmaatschap én hoge zorgkosten is het afschaffen van ex post-compensatie daarmee potentieel problematisch.

Kortom. Risicovereveningsmodellen zijn bedoeld om verzekeraars te compenseren voor structurele kostenverschillen als gevolg van de gezondheidskenmerken van hun verzekerdenportefeuilles. Indien een model niet volledig trefzeker werkt, zijn mechanismen noodzakelijk om de doelstelling ‘tegengaan risicoselectie’ te waarborgen. De ervaring leert dat dergelijke trefzekerheid praktisch onhaalbaar is. Dit gegeven pleit sterk voor een aanvullende vorm van compensatie zolang het vereveningsmodel tekort schiet bij het voorspellen welke verzekerden op basis van persoonskenmerken behoren tot een groep met structureel hoge zorgkosten.

Risicovereveningsmodel ggz werkt voor een belangrijk deel al goed
De ggz in de Zorgverzekeringswet omvat de geneeskundige ggz, waarvan verblijf alleen gedurende de eerste drie jaar. Voor de ggz wordt sinds de invoering in de Zorgverzekeringswet (2008) intensief gewerkt aan de opbouw van een gedegen risicovereveningsmodel. Het model heeft echter nog onvolledig vat op een beperkt deel van de patiënten in de langdurige ggz dat hoge kosten maakt.

Het huidige model voor de geneeskundige ggz blijkt op een aantal punten gelijkwaardig te presteren aan dat van de somatische zorg. Beide modellen kennen het probleem om voor een beperkte groep met hoge zorgkosten een adequate compensatie te bewerkstelligen. Van alle verzekerden ontvangt 7% ggz. De groep waarvoor het model nog onvoldoende werkt is 1,5 % van de patiënten binnen de ggz (en daarmee 1 promille van alle verzekerden). Dat is in omvang nog maar een zeer beperkte groep, maar weliswaar met relatief hoge zorgkosten.

Verbeterpotentieel ggz model
Het is opmerkelijk dat het model voor de ggz al zo goed presteert. Immers, de ontwikkeling van het somatische model is al gestart in 1992 in de ziekenfondssector. Ook na ruim 20 jaar is dat model nog steeds niet helemaal gereed. De voorspelkracht van het somatische model is met name verbeterd na het toevoegen van specifieke gezondheidskenmerken van verzekerden.
Het ggz model biedt nog ruimte voor het toevoegen van dergelijke specifieke gezondheidskenmerken, met name met de toevoeging van relevante diagnostische informatie.

- Het gebruik van een gestandaardiseerd instrument voor diagnostiek. Het verrijken van het risicoverveningsmodel met diagnostische informatie zal de werking van het model verder verbeteren. In het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur wordt de toepasbaarheid van de HoNOS onderzocht.;
- Het gebruik van een doelgroep-typering van verzekerden, zoals patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen of patiënten die zijn opgenomen in het kader van de wet BOPZ;
- Het gebruik van de zorgvraagzwaarte-indicator.

Mogelijkheden om lastig te identificeren groepen te compenseren
Het probleem bij het identificeren op basis van persoonskenmerken van sommige groepen met hoge zorgkosten is niet uniek voor het ggz model, het somatische model kent dit probleem eveneens. In de ggz gaat het om maximaal 1,5% van de patiënten in de ggz.

Belangrijk is de notie dat een vereveningsmodel moet faciliteren dat de noodzakelijke zorg voor doelgroepen met voorspelbaar (of structureel) hoge zorgkosten aangeboden en vergoed kan blijven. Het mechanisme waarlangs geldstromen verdeeld worden, dient hiervoor waarborgen te bieden.
Voor een beperkt aantal doelgroepen dat zich lastig laat identificeren én hoge zorgkosten kent, vormt gevalsnormering een pragmatische oplossing. Hieronder wordt verstaan dat gecorrigeerd wordt indien aantallen patiënten uit de selecte doelgroepen afwijken van de prognose op basis van het vereveningsmodel. Gevalsnormering is een effectief middel tegen -opzettelijke of onopzettelijke- belemmeringen bij het leveren van noodzakelijke zorg aan groepen met structureel hoge kosten.

Geen risicoverevening zonder risico's

Wim Groot
Universiteit Maastricht

In de uitnodigingsbrief voor het schrijven van een position paper worden de drie doelstellingen van risicoverevening nog eens opgenoemd: het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, het tegengaan van risicoselectie en het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars.

Het systeem van risicoverevening is vrij succesvol in het realiseren van de eerste doelstelling. Er zijn geen grote en systematische verschillen tussen zorgverzekeraars in premies en winstgevendheid. De meeste zorgverzekeraars bieden ook een breed palet aan polissen aan. Er zijn geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars vanwege de samenstelling van hun verzekerdenbestand hogere premies moeten rekenen, een lagere winstgevendheid hebben of bepaalde polissen niet kunnen of willen aanbieden. De financiële positie van de zorgverzekeraars is ook goed. In de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 van de Nza wordt aangegeven dat gerekend op basis van de Solvency 1 normen op één na alle zorgverzekeraars een solvabiliteit hebben van 200% van de norm. Gerekend op basis van de Solvency 2 normen zitten zorgverzekeraars op 114% tot 172% van de minimumnorm. Deze cijfers geven ook aan dat de verschillen in solvabiliteit tussen de zorgverzekeraars redelijk beperkt zijn.

De spanning in de risicoverevening zit in de twee andere doelstellingen. Globaal gezegd geeft een prospectief systeem gebaseerd op ex ante vereveningscriteria een prikkel tot risicoselectie, terwijl een retrospectief systeem met ex post vereveningscriteria tot moral hazard aanleiding geeft. Moral hazard leidt tot hogere kosten en vermindert de doelmatigheid. Aanpassing van de ex ante vereveningscriteria zodanig dat de vereveningsbedragen meer overeenkomen met de werkelijke kosten en het verminderen van de verschillen tussen de vereveningsbijdragen en de werkelijke uitgaven (het vereveningsresultaat), verminderen de prikkel tot risicoselectie maar vergroten de prikkel voor moral hazard en verminderen de doelmatigheid.

In de afgelopen jaren zijn een aantal aanpassingen in het vereveningsysteem doorgevoerd om de verschillen tussen de vereveningsbedragen en de werkelijke kosten te verkleinen. Denk hierbij onder andere aan het opnemen van het criterium 'meerjarig hoge kosten' als vereveningscriterium. Deze aanpassingen verminderen de prikkel tot risicoselectie van de kant van de verzekeraar, maar dragen niet bij aan vergroting van de doelmatigheid. Hier moet wel direct aan worden toegevoegd dat het toevoegen van het 'meerjarig hoge kosten' vereveningscriterium gepaard ging met het afschaffen van de ex post vereveningssystematiek. Zoals hierboven is aangegeven leidt een ex post vereveningssystematiek tot moral hazard: hogere kosten en geringere doelmatigheid. Per saldo heeft daarom het vervangen van de ex post vereveningsmechanismen door uitgebreidere ex ante vereveningscriteria wel tot hogere doelmatigheid en vermindering van de prikkel tot risicoselectie geleid. Deze conclusie is echter relatief en alleen geldig als het systeem met ex post vereveningsmechanismen wordt vergeleken met het uitgebreide ex ante model.

In de brief 'Kwaliteit loont' die minister Schippers begin 2015 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd is een verdere aanpassing van het vereveningsmodel aangekondigd. De minister gaf in de brief aan onderzoek te willen doen naar hogere vereveningsbijdragen voor verzekerden met een hoog zorggebruik.

Een dergelijke verdere aanpassing van het vereveningsysteem zal niet alleen de prikkel tot risicoselectie en het weren van verzekerden met chronische aandoeningen verminderen, maar ook de prikkel tot doelmatige zorginkoop voor patiënten met een hoog zorggebruik, zoals patiënten met chronische aandoeningen De aanpassing van het vereveningssysteem kan ertoe leiden dat verzekerden met een chronische aandoening voorspelbaar winstgevend wordt voor de verzekeraar. Dit geeft een prikkel voor verzekeraars om verzekerden met chronische aandoeningen aan zich te binden. Hierdoor vermindert of verdwijnt de prikkel tot risicoselectie. Een manier voor zorgverzekeraars om verzekerden met chronische aandoeningen aan te trekken is door royaler zorg voor deze groep verzekerden in te kopen. Dit gaat ten kosten van de doelmatigheid en verhoogt de zorgkosten.
Een tweede kanttekening die bij dit voornemen kan worden geplaatst is dat aanpassing van het vereveningssysteem waardoor bepaalde groepen verzekerden – zoals verzekerden met een hoog zorggebruik - voorspelbaar winstgevend worden waarschijnlijk alleen door te voeren is door andere groepen verzekerden – bijvoorbeeld verzekerden met een laag zorggebruik – voorspelbaar verlieslatend te maken. Zo zou een maatregel om het aantrekkelijker te maken om verzekerden met een hoog zorggebruik aan te trekken en te behouden, de prikkel tot risicoselectie voor andere groepen verzekerden vergroten.

Het uiteindelijke oordeel over de inrichting van het vereveningssysteem wordt bepaald door de balans die we willen tussen de prikkel tot risicoselectie en de prikkel tot moral hazard (hogere kosten en minder doelmatigheid): welke verhouding tussen het verminderen van de prikkel tot risicoselectie en het verminderen van de prikkel tot moral hazard willen we in het risicovereveningsysteem?

Het antwoord op deze vraag ligt in de beoordeling van de mate van risicoselectie en ondoelmatigheid in het zorgstelsel, met name in dat deel dat wordt gefinancierd via de Zvw. Risicoselectie is in de basisverzekering vrijwel geheel afwezig. De Nza constateerde vorig jaar in het ‘tussenrapport kwantitatief onderzoek naar risicoselectie: eerste inzichten’ dat er geen aanwijzingen zijn dat de zorgverzekeraars de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie schenden. Er zijn voorbeelden van acties die vooral bedoeld zijn om (ogenschijnlijk) gunstige risico's aan te trekken en ongunstige risico’s te weren. Denk bijvoorbeeld aan de reclame uitingen van Promovendum (voor hoger opgeleiden) of de kortingen op een fitness abonnement bij het afsluiten van een verzekering. Echter, deze vormen van risicoselectie worden vooral door partijen in de marge - volmachthouders en tussenpersonen - toegepast en niet door de zorgverzekeraars zelf. Het beleid in ZN verband om de solidariteit in het stelsel te borgen heeft ook geleid tot het verminderen en verdwijnen van dergelijke op risicoselectie wijzende uitingen. Tot moet worden geconstateerd dat deze vormen van risicoselectie altijd een vrij beperkt karakter hebben gehad en dat ook vermeende ongunstige risico's altijd de mogelijkheid hebben gehad om een basispolis af te sluiten zonder dat ze daar minder voor hoefden te betalen of de polisvoorwaarden ongunstiger waren.
In het eerder genoemde tussenrapport over risicoselectie merkt de Nza op dat er meer variatie is in het vereveningsresultaat voor nieuwe verzekerden dan voor de totale verzekerde populatie. De Nza merkt hierbij op dat dit kan duiden op risicoselectie. Het meest waarschijnlijke is dat hier sprake is van risicoselectie van de kant van de verzekerden en niet van risicoselectie van de kant van de verzekeraar: de verzekerden die (frequent) overstappen zijn een selecte groep onder de totale verzekerde populatie. De Nza merkt verder op dat de risicosolidariteit kan worden aangetast door het aanbieden van specifieke polissen, bijvoorbeeld polissen met een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders (budgetpolissen) voor prijsgevoelige verzekerden. Echter, hier moet de kanttekening worden geplaatst dat selectieve zorginkoop en daarmee het aanbieden

van polissen met een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders tot de vrijheden van de zorgverzekeraars hoort en ook een belangrijk onderdeel uitmaken van het stelsel.

De acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de risicoverevening in de Zvw bieden voldoende waarborgen om risicoselectie van de kant van de verzekeraar te voorkomen. Daarnaast zullen ook de publieke opinie en de angst bij zorgverzekeraars voor reputatieverlies er toe bijdragen dat risicoselectie door zorgverzekeraars beperkt blijft.

Bij de doelmatigheid van het stelsel vallen meer vraagtekens te stellen. De kosten van zorg zijn sinds de invoering van de Zvw sterk gestegen (overigens wijkt Nederland niet sterk af van andere westerse landen in de stijging van de zorgkosten). Ondanks een gematigd zorggebruik zijn de kosten van curatieve zorg in Nederland niet laag. Dit wijst er op dat een gematigd zorggebruik gepaard gaat met een hoge prijs per eenheid product. De inspanningen van zorgverzekeraars om onrechtmatig zorggebruik en onrechtmatige zorgdeclaraties op te sporen en te voorkomen waren tot voor kort gering. Selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars is ook nog maar in beperkte mate van de grond gekomen. Al deze bevindingen wijzen er op dat de inspanningen van zorgverzekeraars tot vergroting van de doelmatigheid beperkt zijn.

Naar mijn mening is vergroting van de doelmatigheid in het stelsel urgenter dan verdere vermindering van de prikkel tot risicoselectie. Deze conclusie heeft tot gevolg dat verdere verbetering van het vereveningsysteem door het toevoegen van variabelen of het overcompenseren van bepaalde groepen niet noodzakelijk is.

De zorgverzekeraars zelf hebben de afgelopen jaren aangedrongen op aanpassingen en uitbreidingen van het vereveningssysteem en het creëren van vangnetjes en overgangsregelingen. Dit is vooral ingegeven door de wens bij zorgverzekeraars om financiële risico's te beperken. Echter vanuit een oogpunt van marktwerking en concurrentie is een te sterke verminderen van de financiële risico's niet wenselijk. Kenmerk van elk risicovereveningsysteem is dat het tot doel heeft een gelijk speelveld te creëren, maar dat doet door financiële risico’s niet of in elk geval niet geheel weg te nemen: geen risicoverevening zonder risico’s. Een imperfect vereveningsysteem waarin het vereveningsresultaat onvoorspelbaar is en zorgverzekeraars niet bij voorbaat weten welke groepen verzekerden voorspelbaar winstgevend of voorspelbaar verlieslatend zijn, biedt minder prikkels tot risicoselectie dan een perfect werkend systeem met voorspelbare vereveningsresultaten. In deze zin vermindert verdere uitbreiding van het vereveningsmodel en vergroting van de voorspelbaarheid van het vereveningsresultaat niet alleen de financiële prikkel voor doelmatige zorginkoop, maar vergroot het ook de mogelijkheden om het vereveningsmodel te gebruiken voor risicoselectiedoeleinden. Het is daarom niet aan te bevelen om door te gaan met het beleid om steeds meer kenmerken aan het vereveningsmodel toe te voegen om de voorspellende waarde van het model te verbeteren.

Hoe problematisch is een onder- of overcompensatie?

Position paper: bijdrage aan de fundamentele discussie over de risicoverevening

opgesteld door dr. R.C. van Kleef (contactpersoon, vankleef@bmg.eur.nl), dr. P. Bakx, dr. F. Eijkenaar, prof. dr. F.T. Schut, prof. dr. W.P.M.M. van de Ven en dr. R.C.J.A. van Vliet, allen verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam

Achtergrond

Zoals beargumenteerd in het position paper "Loont Kwaliteit?" is het doel van de risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet "het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie, waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn".[1] De 'ruimte voor risicoselectie' wordt bepaald door de mate van *onder- of overcompensatie* voor groepen van verzekerden. Er is sprake van een onder- of overcompensatie voor een groep wanneer het vereveningsmodel voor die groep te lage of te hoge kosten voorspelt.

Het huidige toetsingskader voor de risicoverevening (WOR760) biedt onvoldoende handvatten om te bepalen in hoeverre het bovenstaande doel wordt bereikt.[2] In de eerste plaats is de set van kwantitatieve maatstaven voor het in kaart brengen van onder/overcompensaties te beperkt. Daarnaast ontbreken handvatten om te beoordelen in welke mate onder/overcompensaties problematisch zijn. Hierdoor is niet eenduidig te bepalen of de ene vormgeving van de risicoverevening beter is dan de andere. Tegen deze achtergrond doen wij drie aanbevelingen voor nadere invulling van het toetsingskader: 1) breid de maatstaven ter bepaling van onder/overcompensatie uit, 2) inventariseer welke selectieacties zich kunnen voordoen en 3) breng de effecten van die acties in kaart.

Aanbeveling 1: breid de maatstaven ter bepaling van onder/overcompensatie uit

De 'ruimte' voor risicoselectie hangt af van de mate waarin groepen van verzekerden worden onder- of overgecompenseerd. Het huidige toetsingskader bevat de volgende groepen: drie groepen op basis van het voormalig grotestedenbeleid (G4, G21 en de rest),

---

[1] Van de Ven, W.P.M.M., P. Bakx, F. Eijkenaar, F.T. Schut, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Loont Kwaliteit? Position paper.

[2] WOR 760. Actualisatie van het toetsingskader.

twee groepen op basis van hoge of juist lage kosten in voorgaande jaren en een aantal groepen op basis van zorggebruik in voorgaande jaren (zoals wel/geen gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar). Deze set van groepen is te beperkt: risicoselectie hoeft niet uitsluitend op deze kenmerken plaats te vinden. Hoewel het ondoenlijk is om alle *denkbare* groepen in kaart te brengen zien wij goede mogelijkheden om de huidige set substantieel uit te breiden. Dat zou kunnen op basis van zowel administratieve gegevens (over bijvoorbeeld specifiek zorggebruik) als 'externe' gegevens (zoals de microdatabestanden die beschikbaar zijn via het Centraal Bureau voor de Statistiek).

Bij het interpreteren van onder/overcompensaties moet worden bedacht dat het aantal *denkbare* groepen nagenoeg oneindig is. Dat geldt niet voor het aantal groepen dat expliciet als vereveningskenmerk kan dienen. Gegeven de randvoorwaarden voor de risicoverevening (zie position paper "Loont Kwaliteit?") is slechts een fractie van het aantal denkbare groepen geschikt als vereveningskenmerk. Dit impliceert dat er waarschijnlijk altijd groepen kunnen worden gevonden die in zekere mate worden onder/overgecompenseerd. Niet elke onder/overcompensatie is echter even relevant. Zo kan het zijn dat een ondercompensatie van 200 euro op groep X niet problematisch is omdat selectie-acties tegen X onwaarschijnlijk worden geacht. Tegelijkertijd kan een ondercompensatie van 200 euro op groep Y een groot probleem vormen omdat selectie-acties tegen Y aannemelijk zijn en de mogelijke effecten van die acties als ongewenst worden beschouwd. Het is dus belangrijk dat onder/overcompensaties worden beoordeeld in het licht van mogelijke selectie-acties (zie aanbeveling 2) en de mate waarin de effecten van die acties maatschappelijk ongewenst zijn (zie aanbeveling 3).

Aanbeveling 2: inventariseer welke selectieacties zich kunnen voordoen

Het toetsingskader voor de risicoverevening (WOR760) definieert risicoselectie als "acties door zowel verzekeraars als verzekerden met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd", een definitie waar wij volledig achter staan. Het begrip 'acties' wordt in het toetsingskader echter niet nader geduid. Hieronder volgt een eerste aanzet voor nadere invulling van het toetsingskader op dit punt.

Aan de kant van verzekerden is 'slechts' één actie denkbaar die kan leiden tot risicoselectie, namelijk het 'kiezen van een zorgverzekering'. Verzekerden zullen zich bij die keuze laten leiden door hun *voorkeuren* (bijvoorbeeld met betrekking tot het netwerk van gecontracteerde aanbieders). Wanneer zorgverzekeringen van elkaar verschillen (zie hieronder) en de *voorkeuren* van verzekerden uiteenlopen kunnen verschillende groepen systematisch 'voorsorteren' in verschillende verzekeringsproducten.[3] Als die groepen worden onder/overgecompenseerd door de risicoverevening is sprake van risicoselectie.

[3] NZa (2016). Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt.

Aan de kant van verzekeraars zijn vele acties denkbaar die kunnen leiden tot risicoselectie.[4] *In beginsel kan risicoselectie plaatsvinden via elk aspect waarop verzekeringsproducten van elkaar verschillen.* Onderstaand tekstkader geeft daarvan een aantal voorbeelden.[5] Wanneer een actie van de verzekeraar (op onderstaande aspecten) als *doel* en/of *gevolg* heeft dat groepen die worden onder/overgecompenseerd zich voorsorteren in specifieke verzekeringsproducten is sprake van risicoselectie.

Aspecten waarop verzekeringsproducten verschillen en risicoselectie kan plaatsvinden:

- Marketingstrategie
- Vrijwillig eigen risico
- Collectieve contracten
- Tussenpersonen/volmachten
- Aanvullende verzekering
- Zorgbemiddeling
- Informatievoorziening
- Declaratieafhandeling
- Zorginkoop / investeringsbeleid
- […]

Bij 'acties door verzekeraars' kan het gaan om zowel 'doelbewuste' als 'niet-doelbewuste' acties. Laatstgenoemde categorie betreft acties die er weliswaar toe leiden dat groepen die worden onder/overgecompenseerd voorsorteren in specifieke verzekeringsproducten, maar niet bedoeld zijn om aan risicoselectie te doen. Bij 'doelbewuste' acties gaat het om acties die ook daadwerkelijk bedoeld zijn om aan risicoselectie te doen. De mate waarin doelbewuste acties zich voordoen hangt af van onder andere de verwachte kosten (d.w.z. de kosten voor het identificeren van groepen en kosten van reputatieschade), de verwachte opbrengsten (d.w.z. de onder/overcompensatie van groepen in combinatie met de bereidheid van verzekerden om over te stappen van zorgverzekeringsproduct) en eventuele gedragscodes van zorgverzekeraars.

Aanbeveling 3: breng de effecten van mogelijke selectie-acties in kaart

Voorts is het van belang de effecten van mogelijke selectieacties in kaart te brengen. Vanuit maatschappelijk oogpunt kunnen van risicoselectie drie nadelige effecten uitgaan:

- het *niet realiseren van de beoogde risicosolidariteit*, namelijk wanneer overgecompenseerde groepen voorsorteren in andere verzekeringsproducten (en daardoor een lagere premie betalen) dan ondergecompenseerde groepen; tevens is dan sprake van een *ongelijk speelveld* voor zorgverzekeraars.

[4] W.P.M.M. van de Ven, R.C. van Kleef and R.C.J.A. van Vliet (2015). "Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt aantonen en meten?" TSG 4/2015.

[5] Bij perfecte risicoverevening is per definitie geen sprake van risicoselectie, en kunnen deze acties dus niet als risicoselectie worden gekwalificeerd.

- een *rem op doelmatigheidsverbetering*, namelijk wanneer risicoselectie voor verzekeraars een aantrekkelijker verdienmodel vormt dan doelmatigheidsverbetering;

- een *rem op kwaliteitsverbetering*, namelijk wanneer verzekeraars terughoudend zijn met investeringen in de kwaliteit van zorg als zij verwachten daarmee vooral groepen aan te trekken die worden ondergecompenseerd.

De mate waarin deze effecten optreden hangt af van de specifieke actie. Zo zal het voornaamste effect van selectieve marketing zijn dat de risicosolidariteit niet wordt gerealiseerd. Het doelbewust niet-investeren in de zorg voor bepaalde groepen van chronisch zieken daarentegen zal tevens een rem zetten op kwaliteitsverbetering.

Politieke keuze

Bij de beoordeling van de risicoverevening moet niet alleen rekening worden gehouden met de omvang van eventuele onder/overcompensaties maar ook met de mogelijke selectie-acties die daaruit kunnen voortvloeien en de mate waarin de effecten van die selectie-acties maatschappelijk ongewenst zijn. Onderstaande tabel geeft een illustratie van hoe deze exercitie eruit kan zien. Het inventariseren van de mogelijke selectie-acties en de effecten daarvan is een taak van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en de Zorgautoriteit en vraagt om samenwerking met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en onderzoekers. De uiteindelijke beoordeling van de mate waarin selectie-acties en de effecten daarvan ‘maatschappelijk ongewenst’ zijn is een politieke keuze. Gezien de complexiteit van dit onderwerp is het belangrijk dat bovengenoemde partijen daar *gezamenlijk* advies over uitbrengen aan de regering.

Groep	**Mogelijke selectie-acties**	**Effecten van die acties**	**Beoordeling**
Hoogopgeleiden	Selectieve marketing en collectiviteiten	Niet realiseren van risicosolidariteit	??
Vrouwen met kinderwens	Vormgeving en informatievoorziening aanvullende verzekering	Niet realiseren van risicosolidariteit	??
Zeldzame aandoeningen	Zorginkoop en investeringsbeleid	Niet realiseren van risicosolidariteit en rem op kwaliteitsverbetering	??

Als niet elke onder/overcompensatie even belangrijk is…

De hierboven beschreven beoordeling heeft belangrijke voordelen. Zo kan beter worden beargumenteerd of een groep wel/niet als vereveningskenmerk moet worden opgenomen. Groepen waarvoor risicoselectie naar verwachting niet optreedt of geen ongewenste effecten heeft kunnen dan aan de kant worden gezet, waardoor de transparantie en stabiliteit van het vereveningsmodel niet onnodig op de proef worden gesteld.

In de tweede plaats kan blijken dat de onder/overcompensatie niet voor elke groep op nul hoeft uit te komen, zelfs niet voor groepen waarvoor een expliciet vereveningskenmerk bestaat. Hierdoor wordt het mogelijk om de compensatie voor groepen waarvoor geen vereveningskenmerk bestaat (maar waarvoor risicoselectie wel problematisch wordt geacht) te verbeteren. Van Kleef et al. (2015) illustreren dit voor de groep verzekerden met gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Enerzijds is het opnemen van een vereveningskenmerk voor deze groep problematisch omdat daarmee de prikkels voor doelmatigheid worden gereduceerd. Anderzijds is het *niet* opnemen van dit verevenings-kenmerk problematisch omdat dan ruimte voor maatschappelijk ongewenste risicoselectie bestaat. Met een simpele maatregel kan de ondercompensatie op de betreffende groep worden weggenomen *zonder* een expliciet vereveningskenmerk op te nemen: schat de normbedragen onder de restrictie dat de ondercompensatie voor deze groep uitkomt op nul euro. De toepassingsmogelijkheden van deze methode zijn veelbelovend.[6,7]

Conclusie

Het doel van de risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet is het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie, waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn. Om te kunnen beoordelen in hoeverre dit doel wordt bereikt doen wij de volgende aanbevelingen voor nadere invulling van het toetsingskader: 1) breid de maatstaven ter bepaling van onder/overcompensatie uit, 2) inventariseer de selectie-acties die het gevolg kunnen zijn van specifieke onder/overcompensaties en 3) breng de effecten van die selectie-acties in kaart. De uiteindelijke beoordeling van de mate waarin selectie-acties en de effecten daarvan ‘maatschappelijk ongewenst’ zijn is een politieke keuze. Gezien de complexiteit en maatschappelijke relevantie van die politieke keuze is het belangrijk dat betrokken partijen daar *gezamenlijk* advies over uitbrengen aan de regering.

---

[6] Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2015). "Risicoselectie tegengaan met behoud van doelmatigheid" ESB 100: 628-631.
[7] Layton, T.J., T.G. McGuire and R.C. van Kleef. (2016) “Deriving Risk Adjustment Weights to Maximize Efficiency of Health Insurance Markets”, work in progress.

Loont Kwaliteit?

position paper: bijdrage aan de fundamentele discussie over de risicoverevening
11feb16

opgesteld door prof.dr. WPMM van de Ven (contactpersoon, vandeven@bmg.eur.nl),
dr. P. Bakx, dr. F. Eijkenaar, prof.dr. FT Schut, dr. RC van Kleef en dr. RCJA van Vliet,
allen verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG),
Erasmus Universiteit Rotterdam

Risicosolidariteit en risicoselectie

De risicoverevening in de Zorgverzekeringswet speelt een belangrijke rol bij het tegengaan van risicoselectie en bij het realiseren van de beoogde risicosolidariteit (bijvoorbeeld solidariteit tussen gezond en ongezond). Om risicosolidariteit te realiseren bepaalt de Zorgverzekeringswet dat zorgverzekeraars aan al hun verzekerden met dezelfde zorgpolis dezelfde premie moeten vragen, ongeacht of iemands voorspelde zorgkosten 100 euro of 100.000 euro per jaar bedragen.[1]

Zonder risicoverevening[2] zou, gegeven het verbod op premiedifferentiatie, voor meer dan de helft van de verzekerden sprake zijn van meer dan 1.500 euro voorspelbare winst per verzekerde per jaar, en voor twee procent van de verzekerden meer dan 20.000 euro voorspelbaar verlies per verzekerde per jaar. Voorspelbare winsten en verliezen creëren ruimte voor (en prikkels tot) risicoselectie en leiden er zodoende toe dat de beoogde risicosolidariteit wordt bedreigd door risicoselectie. Met risicoselectie wordt bedoeld “acties door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd” (Van de Ven et al., 2015; WOR 760). Bijvoorbeeld, een zorgverzekeraar die de beste zorg voor chronisch zieken contracteert en daarom door de patiëntenverenigingen aan alle leden wordt aangeraden, wordt geconfronteerd met een relatief groot aandeel voorspelbaar verliesgevende verzekerden en moet zijn premie drastisch verhogen. Zorgverzekeraars met relatief weinig chronisch zieken kunnen hun premie verlagen. Aldus wordt door risicoselectie de beoogde risicosolidariteit niet gerealiseerd. Ook is dan geen sprake van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Met een gelijk speelveld (‘eerlijke concurrentie’) voor zorgverzekeraars wordt bedoeld dat zorgverzekeraars geen voorspelbaar financieel voor- of nadeel hebben van hun portefeuilleopbouw.

Effecten van risicoselectie

Risicoselectie kan naast een afname van de risicosolidariteit ook leiden tot een afname van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Als (alle) zorgverzekeraars bijvoorbeeld niet investeren in het opzetten van effectieve disease management programma’s voor chronisch zieken -met als doel zo weinig mogelijk voorspelbaar verliesgevende verzekerden in hun bestand te hebben- is

---

[1] Toegestane uitzonderingen zijn een korting vanwege een vrijwillig eigen risico, een korting bij vooruitbetaalde premie, en een maximale premiekorting van 10% voor leden van een collectiviteit.

[2] De risicoverevening betekent dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een vereveningsbijdrage ontvangen uit of betalen aan het Zorgverzekeringsfonds. De vereveningsbijdrage hangt af van de kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd en indicatoren van gezondheid) van de betreffende verzekerde.

sprake van een lagere kwaliteit van deze zorg dan het geval zou zijn in een situatie zónder risicoselectie, waarbij 'kwaliteit wel loont'.[3] Voorts zou vanuit een kosten-baten afweging risicoselectie een effectievere strategie voor schadelastvermindering kunnen zijn dan het bevorderen van de doelmatigheid van zorg. Dit zou er toe kunnen leiden dat op korte termijn meer geïnvesteerd wordt in risicoselectie dan in doelmatige zorginkoop. Van belang is dat een afname van de kwaliteit en doelmatigheid als gevolg van risicoselectie kan optreden zónder een afname van de risicosolidariteit, bijvoorbeeld omdat alle zorgverzekeraars even succesvol zijn in risicoselectie.

Wat is het doel van de risicoverevening?

Het doel van de ex-ante risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet is het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie[4], waarbij prioriteit wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn.

De mate waarin (de effecten van) selectie-acties maatschappelijk ongewenst zijn, is uiteraard een politieke keuze.

Voor een vergelijking met het 'doel van de risicoverevening' volgens VWS zie het kader op pagina 3.

Wanneer is het doel van de risicoverevening gerealiseerd?

Als voor geen enkele groep verzekerden sprake is van over- of ondercompensatie door de risicoverevening, bestaat geen ruimte voor risicoselectie en is het doel van de risicoverevening gerealiseerd. Dan is de beoogde risicosolidariteit volledig gerealiseerd en bestaat een gelijk speelveld ('eerlijke concurrentie') voor zorgverzekeraars ongeacht hun portefeuilleopbouw. Het doel van de risicoverevening kan echter ook gerealiseerd zijn indien sprake is van zodanig geringe onder- en overcompensaties door de risicoverevening dat de selectiewinst niet opweegt tegen de selectiekosten (bijvoorbeeld reputatieverlies).

Idealiter wordt het doel van de risicoverevening bereikt onder diverse randvoorwaarden zoals (zie bijvoorbeeld Van de Ven en Van Vliet, 1992):

1. de prikkel tot doelmatigheid moet door de risicoverevening niet worden verminderd,
2. de risicokenmerken waarvoor wordt verevend, moeten valide, betrouwbaar en niet-manipuleerbaar zijn,
3. de benodigde gegevens moeten tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten beschikbaar zijn.

Vanwege deze randvoorwaarden is het mogelijk dat het doel van de risicoverevening alleen kan worden gerealiseerd tegen een hoge prijs, bijvoorbeeld hoge kosten om de benodigde gegevens te verzamelen of een forse afname van de prikkel tot doelmatigheid. De besluitvorming over de vormgeving van de risicoverevening vereist daarom een politieke afweging.

---

[3] In de "Evaluatie Zorgverzekeringswet" (september 2014, pagina 25) concludeert KPMG dat de over- en ondercompensatie van bepaalde groepen van verzekerden doorwerkt in het beleid van zorgverzekeraars. "Zo is tijdens de focusgroepen door deelnemers aangegeven dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen verzekerden die ondergecompenseerd worden."

[4] We spreken hier van 'ruimte voor risicoselectie' en niet van 'prikkels tot risicoselectie' om te vermijden dat uitsluitend gedacht wordt aan bewuste selectieacties.

Kader. Vergelijking met het 'doel van de risicoverevening' volgens VWS

In de uitnodigingsbrief (08dec15) van VWS voor deelname aan de fundamentele discussie over risicoverevening wordt gevraagd of de volgende door VWS geformuleerde doelstellingen van de risicoverevening worden gedeeld:

1. "De risicoverevening is primair bedoeld om *het gelijke speelveld voor verzekeraars te borgen*.
2. Ook *het tegengaan van risicoselectie* en
3. *het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door verzekeraars* zijn belangrijke doelen van de risicoverevening."

Het door ons geformuleerde doel van de risicoverevening is 'het *wegnemen van de ruimte voor risicoselectie*, waarbij *prioriteit* wordt gegeven aan het wegnemen van de ruimte voor *selectie-acties die maatschappelijk het meest ongewenst zijn'*.

We zijn het dus eens met het door VWS als tweede geformuleerde doel. Een nuanceverschil is dat wij een bepaalde prioritering toevoegen (die niet controversieel lijkt).Voorts spreken wij van 'het wegnemen van de ruimte voor risicoselectie' (waardoor risicoselectie wordt tegengegaan) en niet van 'het tegengaan van risicoselectie' omdat het begrip 'ruimte voor risicoselectie' goed te definiëren is ('het bestaan van ex-ante over- en ondercompensaties voor groepen verzekerden') waardoor getoetst kan worden in hoeverre het doel is gerealiseerd.[5]

We zijn het eens met het door VWS als eerste geformuleerde doel ***indien*** VWS 'het gelijke speelveld voor verzekeraars' definieert als 'een ex-ante gelijk speelveld voor de verzekeraars ***ongeacht hun portefeuilleopbouw***'. In dat geval zijn de door VWS als eerste en tweede geformuleerde doelen identiek. Dit doel wordt gerealiseerd indien er geen groepen verzekerden zijn die ex-ante over- of ondergecompenseerd worden. Dan hebben zorgverzekeraars geen voorspelbaar financieel voor- of nadeel van hun portefeuilleopbouw en bestaat per definitie geen risicoselectie.
We zouden het ***niet*** eens zijn indien VWS een gelijk speelveld zou definiëren als 'een voor alle zorgverzekeraars gelijk ***feitelijk gerealiseerd*** financieel resultaat, gemiddeld per verzekerde en bij gelijke nominale premie'.[6] Een probleem is dat een aldus gedefinieerd 'gelijk speelveld' afhangt van de doelmatigheid van de verzekeraars. Indien een dergelijk 'gelijk speelveld' als doel zou worden nagestreefd, zouden doelmatige verzekeraars door de risicoverevening worden gestraft. [7] Dit is niet het doel van de risicoverevening. Doelmatigheid dient tot uiting te komen in de nominale premie.

Ten slotte zien wij het bevorderen van doelmatigheid, het derde door VWS genoemde doel, niet als een doel van de risicoverevening. Wel zien we het behoud van (prikkels tot) doelmatigheid als een randvoorwaarde (zie pagina 2).

---

[5] Als VWS het 'tegengaan van risicoselectie' definieert als 'het tegengaan van over- en ondercompensaties voor groepen verzekerden' is er geen verschil.

[6] Deze interpretatie zou ontleend kunnen worden aan het door de regering gehanteerde toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening (WOR 760) en de berekeningen in de jaarlijkse in opdracht van de regering uitgevoerde evaluatie van de risicoverevening.

[7] Voorts zou bij een aldus gedefinieerd 'gelijk speelveld' het doel van de risicoverevening ook afhangen van de toevallige portefeuilleopbouw van de verzekeraars. Bij de meest primitieve vereveningsformule, te weten een 'gelijk bedrag per verzekerde', zou dan het doel van de risicoverevening gerealiseerd zijn in de toevallige situatie dat alle verzekeraars exact dezelfde portefeuilleopbouw zouden hebben, maar niet gerealiseerd zijn indien de chronisch zieken ongelijk verdeeld zouden zijn over de zorgverzekeraars. Vóórdat de vereveningsformule wordt vastgesteld (vóór 1 januari) kan dan niet worden getoetst of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd omdat de portefeuilleopbouw van de verzekeraars pas na 1 januari bekend is.

Een voorbeeld van een dergelijke politieke afweging betreft het vereveningskenmerk voor ‘gebruikers van wijkverpleging’. Op dit moment zijn nog geen adequate vereveningskenmerken beschikbaar om de kosten van deze groep goed te voorspellen. In 2016 zijn daarom de ‘kosten van wijkverpleging in het voorgaande jaar’ als – zoals de minister van VWS omschrijft – “onorthodox” vereveningskenmerk in het vereveningsmodel opgenomen[8]. Het nadeel van dit onorthodoxe vereveningskenmerk is dat het de doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars grotendeels wegneemt. De minister stelt dan ook[8]: *“Dit staat op gespannen voet met mijn ambitie om de doelmatigheid in de zorg te vergroten […] Ik beoog dit vereveningskenmerk uiterlijk over drie jaar weer uit het risicovereveningsmodel te verwijderen (model 2019). Tot die tijd kan worden gezocht naar betere alternatieven.”*

Het is echter zeer de vraag of het vóór 2019 zal lukken om (1) te bepalen of, en zo ja welke vereveningskenmerken de zorgkosten van deze groep goed kunnen voorspellen (technische haalbaarheid), en (2) te garanderen dat deze kenmerken voor de gehele Nederlandse bevolking beschikbaar en niet-manipuleerbaar zijn (praktische haalbaarheid). De onzekerheid over de technische haalbaarheid vloeit voort uit het feit dat vanwege de specifieke kenmerken van (gebruikers van) wijkverpleging adequate risicoverevening naar verwachting zeer lastig is. De uitgaven aan wijkverpleging per gebruiker zijn hoog (met een aanzienlijke variatie) en afhankelijk van de beschikbaarheid van mantelzorg en het aanbod van zorg die via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Langdurige Zorg bekostigd wordt. De onzekerheid over de praktische haalbaarheid vloeit voort uit het feit dat (niet-manipuleerbare) gegevens over belangrijke voorspellers van langdurige zorgkosten – de aanwezigheid van fysieke en mentale beperkingen en de beschikbaarheid van een sociaal netwerk – maar in zeer beperkte mate op landelijk niveau beschikbaar lijken te zijn. Om de door de Minister geformuleerde doelstelling in 2019 te kunnen halen is dan ook dringend aanvullend onderzoek nodig naar geschikte verveningskenmerken en de beschikbaarheid hiervan.

Doel van de risicoverevening is nog niet gerealiseerd

In de brief ‘Kwaliteit loont’[9] heeft de regering het voornemen geuit om door een forse aanpassing van de vereveningsbijdragen de chronisch zieken en kwetsbare verzekerden financieel aantrekkelijk te maken voor de zorgverzekeraars. Bij de vereveningsformule-2016 worden gezonde verzekerden echter nog steeds overgecompenseerd (Van Kleef et al., 2015). Dit betekent dat ongezonde verzekerden nog steeds financieel onaantrekkelijke klanten zijn voor de zorgverzekeraars. De conclusie is dus dat ‘kwaliteit thans nog niet loont’.

Het is opvallend dat in het door de regering gehanteerde toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening (WOR 760) en in de evaluatie van de risicoverevening die de regering jaarlijks laat uitvoeren, geen evaluatiecriterium is opgenomen om te toetsen of het door ons geformuleerde doel van de risicoverevening is gerealiseerd. Indien dit doel wordt onderschreven, kan dus op basis van deze evaluaties, die de minister jaarlijks naar de Tweede Kamer stuurt, niet worden geconcludeerd of het doel van de risicoverevening al dan niet is gerealiseerd.

[8] Tweede Kamer, Brief Herziening zorgstelsel, 16jun15, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 617.
[9] Tweede Kamer, Brief Kwaliteit loont, 06feb15, vergaderjaar 2014-2015, 31 765, nr. 116.

Een evaluatie van de mate waarin het doel van de risicoverevening is gerealiseerd, kan plaatsvinden door het berekenen van de over- en ondercompensatie van selecte groepen verzekerden, bijvoorbeeld enerzijds selecte groepen verzekerden met relatief hoge verwachte zorgkosten en anderzijds groepen gezonde verzekerden met relatief lage verwachte zorgkosten. Zonder een dergelijke evaluatie[10] is het onmogelijk om te concluderen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd.

Bij de presentatie van de brief 'Kwaliteit loont'[9] heeft minister Schippers bij herhaling aangegeven dat zij graag zou zien dat zorgverzekeraars adverteren met: *"Heeft u een chronische ziekte? Kom bij ons!"*.[11] Dit is inderdaad een uitstekende lakmoesproef om te toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd. Tot nu toe hebben we dergelijke advertenties helaas nog niet gezien.

Duidelijkheid van wetgever vereist: Wat is de beoogde solidariteit?

Het toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd wordt op dit moment bemoeilijkt doordat de wetgever onduidelijk is over wat de beoogde solidariteit is. In de Zorgverzekeringswet is sprake van een verbod op premiedifferentiatie. Dit suggereert dat de wetgever risicosolidariteit wenst ten aanzien van alle kenmerken ('risicofactoren') die voorspelkracht hebben voor iemands zorgkosten. Maar zowel in het Besluit Zorgverzekering (Staatsblad 2005 389, 28jun05, pagina 23) als in het toetsingskader dat de regering hanteert (WOR 760) wordt gesteld dat uitsluitend verevend moet worden voor kenmerken van de verzekerden die samenhangen met de gezondheid van de verzekerden. Dit impliceert dat er geen verevening moet plaatsvinden voor bijvoorbeeld regionale aanbod- en prijsverschillen die tot verschillen in zorgkosten leiden. In de afgelopen 10 jaar heeft echter wel verevening plaatsgevonden voor dergelijke regionale aanbod- en prijsverschillen (via kenmerken gebaseerd op onder andere regio en postcode). Zolang onduidelijkheid bestaat over de door de wetgever beoogde risicosolidariteit, is het onmogelijk te toetsen of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd. [12]

Wat is nodig om het doel van de risicoverevening te realiseren?

De 'klassieke' manier om de risicoverevening te verbeteren is het toevoegen van nieuwe kenmerken aan de vereveningsformule. Om te voorkomen dat uiteindelijk een onwerkbaar lange lijst van vereveningskenmerken ontstaat, is het verstandig vooral te focussen op vereveningskenmerken die de grootste bijdrage leveren aan het realiseren van het doel van de risicoverevening. Uiteraard vereist dit politieke afwegingen en keuzen. In het position paper door Van Kleef et al. (2016) wordt een conceptueel denkkader gegeven dat hierbij behulpzaam kan zijn. Tevens beschrijft dat position paper een nieuwe, veelbelovende aanpak om de risicoverevening te verbeteren.

---

[10] Dergelijke evaluaties worden incidenteel uitgevoerd, bijvoorbeeld: Van Kleef et al. (2014, 2015).
[11] Persconferentie, NOS-8uur-Journaal en Jinek, alle op 06feb15.
[12] Indien de wetgever zou besluiten bepaalde risicokenmerken niet te verevenen omdat ten aanzien van deze kenmerken geen risicosolidariteit wordt beoogd, dan is het logisch dat zorgverzekeraars hun nominale premie mogen differentiëren naar de betreffende risicokenmerken.

Een strategie om bij imperfecte risicoverevening het doel van de risicoverevening toch te realiseren, is moeilijk voorspelbare zorgkosten niet (volledig) onder de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars te laten vallen. Hierdoor nemen de voorspelbare winsten en verliezen af, en wordt het doel van de risicoverevening in hogere mate gerealiseerd. Hierbij kan men denken aan bijvoorbeeld behandelingen met extreem hoge kosten, zeer dure weesgeneesmiddelen (bedoeld voor zeldzame aandoeningen), (overige) kosten van zeldzame aandoeningen, en de sinds 2006 vanuit de AWBZ overgehevelde zorgvormen (zoals langdurige geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en revalidatiezorg voor ouderen). Mogelijke opties zijn:

1. Slimme vormen van verplichte pooling of herverzekeren (Van Barneveld, 2000);
2. Binnen de Zorgverzekeringswet deze kosten uit een apart fonds bekostigen;
3. De betreffende zorgkosten niet langer onder de dekking van de Zorgverzekeringswet laten vallen (maar bijvoorbeeld overhevelen naar de Wet Langdurige Zorg).

Toepassing van deze opties vereist politieke afwegingen en keuzen, bijvoorbeeld een afweging van het realiseren van het doel van de risicoverevening tegen een (beperkte) vermindering van de prikkels tot doelmatigheid.

Vanwege bovengenoemde specifieke kenmerken van de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten is het een nog onbeantwoorde vraag in hoeverre het mogelijk is tot een adequate risicoverevening voor deze zorgvormen te komen. Het tot op heden beperkte onderzoek op dit terrein (Bakx 2015, Stam en Sonneveld 2015) suggereert wel dat substantiële verbeteringen mogelijk zijn – onder meer door toevoeging van kenmerken als meerjarig gebruik van wijkverpleging, gebruik van WMO-zorg, specifieke ziekenhuisopnames, specifieke FKG's, DKG's en HKG's – maar vooralsnog is er geen garantie dat een adequate risicoverevening voor deze zorgkosten kan worden gerealiseerd en lijkt 2019 geen realistische datum. Dit betekent dat voor deze zorgkosten waarschijnlijk nog geruime tijd na 2019 gebruik zal moeten worden gemaakt van de bovengenoemde opties om het doel van risicoverevening te realiseren. Nader onderzoek naar deze opties verdient hoge prioriteit.

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies:

1. Op dit moment is het doel van de risicoverevening en het in de brief 'Kwaliteit loont' (06feb15) vermelde doel nog niet gerealiseerd. Bij de vereveningsformule-2016 zijn ongezonde verzekerden nog steeds financieel onaantrekkelijke klanten voor de zorgverzekeraars. De conclusie is dat 'kwaliteit nog niet loont'.
2. Het realiseren van het doel van de risicoverevening vereist politieke afwegingen en keuzen zoals:
   a. Wat is de beoogde risicosolidariteit?
   b. In welke mate zijn bepaalde vormen van risicoselectie maatschappelijk ongewenst?
   c. Zolang de risicoverevening nog imperfect is, moet een weloverwogen afweging worden gemaakt tussen de mogelijke effecten van risicoselectie (zie boven) en een vermindering van de prikkel tot doelmatigheid.
   d. Tegen welke prijs mag het doel van risicoverevening worden gerealiseerd? Bijvoorbeeld welke prikkels tot ondoelmatigheid zijn (niet) acceptabel? Welke kosten van de gegevensverzameling zijn (niet) acceptabel?

3. Voor de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten is het een nog onbeantwoorde vraag in hoeverre het mogelijk is tot een adequate ex-ante risicoverevening te komen.

Aanbevelingen:

1. Het verdient aanbeveling dat er overeenstemming komt over het doel van de risicoverevening. Naar onze mening zou dit het door ons geformuleerde doel moeten zijn.
2. Het verdient aanbeveling dat de wetgever helder aangeeft wat de beoogde risicosolidariteit is en dit consistent laat doorwerken in de wet- en regelgeving en in het toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening. De huidige inconsistentie en onduidelijkheid over de beoogde risicosolidariteit maakt het onmogelijk om te toetsten of het doel van de risicoverevening is gerealiseerd.
3. Het verdient aanbeveling het (door ons geformuleerde) doel van de risicoverevening op te nemen in het door de regering gehanteerde toetsingskader voor de beoordeling van de risicoverevening (WOR 760) samen met voldoende handvatten om te bepalen in hoeverre het doel is bereikt.[13]
4. Het verdient aanbeveling in de evaluatie van de risicoverevening die de Tweede Kamer jaarlijks ontvangt, voortaan aan te geven hoe groot de over- en ondercompensaties zijn voor selectieve groepen gezonde en ongezonde verzekerden. Dit is een belangrijke barometer die aangeeft in hoeverre het doel van de risicoverevening is bereikt.
5. Het verdient aanbeveling onderzoek te doen of adequate ex-ante risicoverevening voor de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten, gegeven de specifieke kostenstructuur, haalbaar is. Het is verstandig hierbij een onderscheid te maken tussen de diverse typen zorg. Dit onderzoek kan voortbouwen op eerder onderzoek (bijv. Bakx, 2015).

REFERENTIES

Bakx, P.L.H., 2015, Financial incentives in long-term care, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bakx, P., E. van Doorslaer, E. Schut, 2013, Risicoverevening voor de ouderenzorg, ESB 98 (4651): 20-23.

EM van Barneveld (2000), Risk sharing as a supplement to imperfect capitation in health insurance: a tradeoff between selection and efficiency, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Stam, P.J.A. en J. Sonneveld, De risicoverevening voor verpleging en verzorging, ESB 100 (4701): 26-28.

Van Kleef, Schut en Van de Ven, 2014, Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening, iBMG-rapport 2014.01, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van Kleef, RC, RCJA van Vliet, en F Eijkenaar, 2015, Risicoverevening voor somatische zorg: Wat is het effect van de modelaanpassingen-2016 voor subgroepen uit de CBS-gezondheidsenquête?", iBMG-rapport 2015-08. Erasmus Universiteit Rotterdam (tevens WOR 762).

van Kleef, RC, P. Bakx, F. Eijkenaar, F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, (2016), Hoe problematisch is een onder- of overcompensatie? Position paper Risicoverevening, februari 2016,

Van de Ven, WPMM, RCJA van Vliet. Welke gezondheidskenmerken opnemen in de normuitkeringenformule? Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen 1992;70:180-8.

Van de Ven, WPMM, RC van Kleef, RCJA van Vliet. Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt aantonen en meten? Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen 2015;93:147-56.

WOR 760, Toetsingskader risicoverevening, Ministerie VWS, december 2015

[13] Voor een aanzet voor een dergelijke aanpassing van het toetsingskader zie Van Kleef et al. (2016).

Koninklijk Actuarieel Genootschap

Position paper

De adequaatheid en volledigheid van het risicovereveningsmodel bezien vanuit het actuarieel premiebegrip

Verantwoording

Het volgen van ontwikkelingen die de actuariële aspecten van verschillende verzekeringsmarkten beïnvloeden is een belangrijke taak van het Koninklijk Actuarieel Genootschap (AG). Dit komt onder meer tot uiting in position papers die het AG uitbrengt.

Voorliggend paper is geschreven naar aanleiding van een uitnodiging door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) om een bijdrage te leveren aan een fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening.

Deze uitnodiging sluit aan bij de oprichting van de Kring Zorg binnen het AG in 2015 met het streven om actuariële verdieping te geven op relevante maatschappelijke (zorg)thema's en de professionele mening van de actuaris te laten horen op deze thema's. Ontwikkelingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en specifiek het risicovereveningssysteem, zijn voor voor het AG aanleiding geweest om in 2015 de werkgroep 'Risicoverevening' in te stellen. Deze werkgroep heeft de opdracht om vanuit actuariële concepten en best practices een bijdrage te leveren aan de verdere verbetering van het risicovereveningsmodel.

De werkgroep "Risicoverevening" heeft de vraagstelling van het Ministerie van VWS opgepakt en schrijft dit paper vanuit het perspectief van de actuariële professie. De focus van dit paper ligt op de adequaatheid en de volledigheid van het risicovereveningsmodel beredeneerd vanuit de premiestelling. De doelgroep is primair het ministerie van VWS en andere ingewijde partijen bij de risicoverevening. Gangbare terminologie wordt als bekend beschouwd.

Werkgroep "Risicoverevening":
Drs. A. Gabriël
Drs. J.A.N. Houtepen AAG MBA, voorzitter
Drs. C. Jansen-Dirksen AAG
Drs. R.P. de Jonge AAG
Dr. Ph.J. Mokveld AAG
S.P.M. Peters MSc AAG
Drs. S.H.C.M. van Veen

Utrecht, 17 februari 2016

Doel van risicoverevening en probleemschets

Het Ministerie van VWS formuleert de doelstelling van het risicovereveningssysteem als volgt: *"De risicoverevening is primair bedoeld om het gelijke speelveld voor verzekeraars te borgen. Een goede risicoverevening compenseert verzekeraars voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van de gezondheidskenmerken van hun verzekerdenportefeuilles. Ook het tegengaan van risicoselectie en het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door verzekeraars zijn belangrijke doelen van de risicoverevening."* De Zvw beoogt met name kwalitatief goede, betaalbare en daarmee doelmatige zorg[i] te realiseren die voor alle Nederlandse burgers toegankelijk is. Daarbij stelt de Zvw een aantal randvoorwaarden, waaronder de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Deze randvoorwaarden zorgen ervoor dat zorgverzekeraars geen verzekerden mogen weigeren en dat alle verzekerden voor eenzelfde polis voor de basisverzekering dezelfde premie betalen.

Het risicovereveningsmodel vervult een cruciale rol voor wat betreft het niet kunnen differentiëren van premies op grond van individuele risicokenmerken. Dit model dient er namelijk voor te zorgen dat zorgverzekeraars adequaat gecompenseerd worden voor verschillen in de verwachte zorgkosten voor specifieke, herkenbare groepen verzekerden met voorspelbaar hoge of juist lage gemiddelde zorgkosten, met het doel om een gelijk speelveld te bewerkstelligen. Bij een gelijk speelveld maakt het voor een zorgverzekeraar in financieel opzicht niet uit welke verzekerden hij in zijn portefeuille heeft en welke er bij komen of vertrekken.

Indien het risicovereveningsmodel niet in staat is om voor specifieke (grote) groepen voldoende te compenseren (voor het niet toestaan van premiedifferentiatie), dan kan risicoselectie[ii] een lonende strategie zijn en kan niet gesproken worden van een gelijk speelveld. Dit is omdat bij een afwijkend risicoprofiel van de portefeuille een (substantiële) onder- of overcompensatie bestaat. Risicoselectie is vooral ongewenst als kwetsbare groepen (zoals chronisch zieken en ouderen) geraakt worden, omdat vooral die groepen de zorg nodig hebben. Als de risicoverevening adequaat werkt – dus voldoende compensaties voor specifieke (grote) groepen –, dan wordt vooral het beheersen van de zorgkosten een lonende strategie. In dat geval zal de zorgverzekeraar zich vooral inzetten voor deze kwetsbare groepen, omdat juist bij deze groepen 'doelmatigheidswinst' te behalen is. Immers, op een gezonde, jonge verzekerde kan niet of nauwelijks kosten bespaard worden. Vanuit dit perspectief is doelmatigheid dan ook een logisch gevolg van een goed werkend risicovereveningsmodel. Zonder risicoverevening kan geen gelijk speelveld bestaan, maar kan wel op andere manieren doelmatigheid bevorderd worden; bijvoorbeeld door populatiebekostiging of 'shared savings'-afspraken. Met andere woorden, risicoverevening is een noodzakelijke voorwaarde om een gelijk speelveld te bewerkstelligen en om risicoselectie tegen te gaan, maar het is geen noodzakelijke voorwaarde om doelmatigheid te bevorderen.

In dit paper wordt achtereenvolgens ingegaan op: het verzekeraarsrisico, voor welke kenmerken en kosten dient het model eigenlijk wel/niet te compenseren?; gegeven de definitie van het verzekeraarsrisico wordt vervolgens ingegaan op de vraag in hoeverre het huidige risicovereveningsmodel adequaat is; vervolgens wordt ingegaan op de vraag in hoeverre het huidige model volledig is om een gelijk speelveld te bewerkstelligen en risicoselectie tegen te gaan; en tot slot, worden enkele beleidsaanbevelingen gedaan.

1. Verzekeraarsrisico

De ex-ante risicoverevening dient te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van gezondheidsverschillen tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars. Dit wordt gedaan door kenmerken, die de voorspelbare, veelal chronische zorgkosten voorspellen, mee te nemen in het vaststellen van de risicovereveningsbijdrage. De rekenpremie plus deze ex-ante bijdrage is daarmee in theorie gelijk aan de risicopremie die de zorgverzekeraar anders zelf voor een (groep) verzekerde(n) zou vaststellen. Een adequate risicopremie c.q. ex-ante verevening betekent dan ook *niet* dat de verzekeraar geen risico meer loopt.

Het verzekeraarsrisico *na* de ex-ante verevening kent verschillende oorzaken. Op de eerste plaats zijn veel zorgkosten niet chronisch maar incidenteel van aard en daarmee niet (of minder goed) voorspelbaar. Iedere verzekerde loopt een zeker risico op zorgkosten en bij een aantal verzekerden manifesteert zich dat risico. Dit kan gezien worden als het risico dat een zorgverzekeraar op zich neemt en waarvoor hij een premie vaststelt (kansrisico). Op de tweede plaats bestaat het risico dat voor een verzekerde de voorspelbare zorgkosten hoger of lager uitvallen dan vooraf ingeschat. Dit hangt met name samen met de spreiding in de zorgkosten en de onzekerheid rondom de hoogte van de zorgkosten. Tevens geldt dat voor nagenoeg alle kostengroepen een relatief groot deel van de variantie in de zorgkosten veroorzaakt wordt door een relatief klein aantal extreem hoge waarden. Het risico dat de totale *gerealiseerde* zorgkosten gerelateerd aan incidentele gevallen (*niet* de voorspelbare zorgkosten) niet goed worden ingeschat kan gezien worden als het risico dat een zorgverzekeraar op zich neemt.

2. Adequaatheid van het huidige risicovereveningsmodel

Het model is adequaat indien het in staat is om voor specifieke (grote) groepen te compenseren waarvoor de zorgverzekeraar een significant afwijkende risicopremie zou stellen indien premiedifferentiatie toegepast zou mogen worden. Merk op dat het dient te gaan om kosten gerelateerd aan leeftijd, geslacht en gezondheid en *niet* doelmatigheidsverschillen. Indien het model adequaat is zijn de gemiddelde verwachte zorgkosten voor specifieke groepen volgens het model (i.e. de ex-ante bedragen) zo dicht als mogelijk bij de gemiddelde gerealiseerde zorgkosten. Met andere woorden, de gemiddelde onder- en overcompensaties voor specifieke groepen zijn nul of dichtbij nul.

Ondanks dat de voorspelkracht van het Nederlandse model voor de somatische zorg[iii] over de afgelopen jaren is verbeterd door toevoeging van een aantal vereveningskenmerken, is het model niet in staat om de zorgkosten voor specifieke groepen adequaat te voorspellen, zoals voor bepaalde patiëntengroepen[iv]. Het gevolg is dat een zorgverzekeraar met een 'ongunstig' risicoprofiel, zoals een bovengemiddeld percentage diabetici of een bovengemiddeld percentage ongezonde kinderen, een voorspelbaar verlies heeft, terwijl een zorgverzekeraar met een 'gunstig' profiel een voorspelbare winst heeft.

2.1 Onderkende oorzaken van over- en onder-compensaties

De volgende vijf oorzaken kunnen aangewezen worden voor de ongewenste over- en onder-compensaties voor groepen met voorspelbare zorgkosten op basis van vooraf vast te stellen gezondheidscriteria.

1. niet alle (ernstige) chronische aandoeningen met voorspelbare vervolgkosten zijn momenteel expliciet adequaat opgenomen. In het bijzonder zijn zeldzame chronische aandoeningen met zeer hoge kosten niet expliciet opgenomen.

2. alleen de ernstige vormen van chronische aandoeningen zijn momenteel expliciet opgenomen. Voor de grote groep met een relatief mildere vorm van de aandoening wordt een zorgverzekeraar niet voldoende gecompenseerd voor de jaarlijks te verwachten zorgkosten als hij een bovengemiddeld aandeel in deze groep heeft. Een voorbeeld hiervan zijn de diabetici die onder de (redelijk willekeurige) grens van 180 Defined Daily Doses blijven.

3. het model bevat alle leeftijdsgroepen als apart kenmerk, maar geen leeftijdsafhankelijkheid in de morbiditeitscriteria. Bijvoorbeeld, voor een kind met Diabetes Type I wordt een zelfde opslag ontvangen als voor een 80-plusser met Diabetes Type I, terwijl de verwachte zorgkosten naar verwachting heel verschillend zijn voor beide groepen. Dit betekent dat een kind met Diabetes Type I wordt ondergecompenseerd voor gemiddeld zo'n 440 euro, terwijl de 80-plusser met Diabetes Type I wordt overgecompenseerd voor gemiddeld 375 euro, gegeven het uitgangsmodel voor somatische zorg inclusief het Generieke Somatische Morbiditeit-kenmerk (GSM) en exclusief de kosten voor Verpleging & Verzorging (V&V)[v].

4. de huidige kenmerken houden onvoldoende rekening met co-morbiditeit. Dit zorgt ervoor dat binnen de groep 'ongezond', de compensatie niet adequaat is als deze groep wordt gesplitst naar 'ongezond met één morbiditeitskenmerk' en 'ongezond met twee of meer morbiditeitskenmerken'.[vi]

5. extreme uitschieters in de zorgkosten (al dan niet voorspelbaar) die zorgen voor onder- en overcompensaties. Uitschieters die niet goed voorspelbaar zijn op basis van gezondheidskenmerken van een verzekerde in het voorgaande jaar zijn vaak gerelateerd aan het eerste en laatste levensjaar van een verzekerde. Geboortezorg en laatste levensjaar brengen zeer hoge kosten met zich mee. De voorspelkracht van het model kan verbeterd worden door deze uitschieters niet mee te nemen bij de ex-ante bepaling. Voor deze uitschieters zal dan op een andere manier gecompenseerd dienen te worden.

Oorzaken 1, 2 en 5, zijn het gevolg van het aantal en soort morbiditeitscriteria dat is opgenomen in het model. In feite gaat het hierbij om het ontbreken van expliciete gezondheidskenmerken in het model voor specifieke groepen met voorspelbaar hogere zorgkosten. Oorzaken 3 en 4 zijn daarentegen het gevolg van de huidige opzet van het model. Het gaat daarbij om het additieve karakter van het gebruikte model, de keuze om één model voor alle leeftijdsgroepen van jong tot oud te hanteren, dus geen aparte modellen, en het feit dat een verzekerde tot meer dan één morbiditeitskenmerk kan behoren.

2.2 Tussentijdse conclusie

Indien de onder- en overcompensaties structureel en significant zijn, dan is er geen sprake van een gelijk speelveld. Het model dient zodanig ingericht te worden dat de prikkels om te concurreren 'juist' zijn. Dit betekent dat – binnen de technische mogelijkheden (bijv. overparametrisatie dient voorkomen te worden) – de voorspelkracht van het model verder verbeterd dient te worden. Echter, rekening dient gehouden te worden met een aantal praktische beperkingen om een technisch 'optimaal' voorspelmodel te ontwikkelen, zoals beschikbaarheid en kwaliteit van data en keuzes als welke kosten wel/niet verevenen. Bijvoorbeeld, het model dient wel de zorgkosten gerelateerd aan gezondheid te verevenen, maar niet de kosten gerelateerd aan verschillen in doelmatigheid. Er is dus een grens aan de voorspelkracht van het huidige model. Desondanks zien wij nog voldoende mogelijkheden het model te verbeteren. Een aantal daarvan is hierboven aangestipt en/of komt terug in onze aanbevelingen.

3. Volledigheid van het huidige risicovereveningsmodel

Bij volledigheid van het model wordt gekeken of een adequate risicopremie afdoende is om een gelijk speelveld te bewerkstelligen en risicoselectie tegen te gaan. Stel dat voor alle specifieke groepen, waarvoor compensatie wenselijk is, adequaat gecompenseerd wordt voor de zorgkosten, in hoeverre is er dan werkelijk sprake van een gelijk speelveld en geen prikkel tot risicoselectie?

Het huidige risicovereveningsmodel compenseert voor voorspelbare kosten die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerden. Het gaat hierbij om de directe aan de zorgverlening gerelateerde kosten. Indirecte kosten gerelateerd aan de gezondheid van de verzekerden die wel meegenomen worden bij de premiestelling, worden op dit moment niet meegenomen in de risicoverevening. Te denken valt hierbij aan de kosten voor de administratieve bedrijfsvoering en de kosten voor het beklemmen van solvabiliteitsvermogen. Met betrekking tot de laatste, de solvabiliteitskosten, is geanalyseerd wat de impact is op het gelijke speelveld en de prikkel tot risicoselectie.

3.1 De solvabiliteitskapitaalvereisten voor zorgverzekeraars onder Solvency II

De solvabiliteitskapitaalvereiste (SKV) voor zorgverzekeraars volgt uit de regelgeving Solvency II. Een belangrijke sturende factor voor het vereiste kapitaal is het premievolume. Het premievolume is daarbij gedefinieerd volgens het brede premiebegrip[vii]. Dit heeft tot gevolg dat een hoge vereveningsbijdrage resulteert in een hoge SKV. Wij voeren een analyse uit om te onderzoeken in

hoeverre dit het gelijke speelveld aantast. Voor toelichting op de berekeningswijze zie bijlage 1. Wij willen benadrukken dat dit voorbeeld *illustratief* is.

De analyse resulteert in de volgende twee interessante bevindingen. Ten eerste blijkt dat de kapitaalsvereiste volgend uit het verzekeringstechnisch en operationeel risico in belangrijke mate afhangt van het premievolume, wat tot aanzienlijke verschillen tussen individuele verzekeringnemers leidt. Ter illustratie, de kapitaalkosten voor een 19-jarige student in goede gezondheid bedragen slechts enkele euro's, terwijl dit voor een 44-jarige man met een bijstandsuitkering en diverse (chronische) aandoeningen ongeveer 500 euro bedraagt. De verzekeraar dient met deze verschillen in kapitaalskosten rekening te houden in de premiestelling. Het opnemen van deze kosten binnen het risicovereveningsmodel resulteert in een verbetering van de compensatie voor chronisch zieken.[viii] In dit voorbeeld neemt de netto vereveningsbijdrage voor chronisch zieken met 500 euro toe als deze kapitaalkostenverschillen worden betrokken bij het model (indien dit wordt berekend op basis van de aannames in onze analyse).

Ten tweede, als gekeken wordt naar de solvabiliteitsratio per verzekeraar dan blijkt dat het risicoprofiel van de portefeuille – ofwel de mate van 'gezondheid' – een grote invloed heeft op de solvabiliteitspositie van de verzekeraar. Ter illustratie, als het aandeel 'gezond' afneemt van 80% naar 75% daalt de solvabiliteitsratio in ons rekenvoorbeeld van 140% naar 125%. Andersom, als het aandeel 'gezond' toeneemt tot 85% neemt de solvabiliteitsratio toe tot 159%. Dit betekent dat bij een verschil in de 'gezondheid' van de risicoportefeuille (voor overigens gelijke verzekeraars qua eigen vermogen en bedrijfsvoering) de verzekeraars met een gezonde risicoportefeuille ruimte hebben om kapitaal aan te wenden om de nominale premie te verlagen. Omgekeerd zullen verzekeraars met een relatief ongezonde portefeuille juist extra kosten moeten verrekenen in de nominale premie om de vermogenspositie te versterken vanwege het verschillende risicoprofiel. Dit resulteert in een sterke financiële prikkel tot risicoselectie en een ongelijke uitgangspositie voor concurrentie.

3.2 Tussentijdse conclusie

Op basis van deze analyse concluderen wij dat de (indirecte) kosten voor het aanhouden van solvabiliteitsvermogen afbreuk kunnen doen aan een gelijk speelveld, omdat zorgverzekeraars met relatief veel 'ongezonde' verzekerden in hun portefeuille worden benadeeld ten opzichte van zorgverzekeraars met relatief veel 'gunstige' verzekerden. Dit leidt tot financiële prikkels om werving primair te richten op 'gezonde' verzekerden. Wij merken op dat het brede premiebegrip ook onder Solvency I werd gehanteerd. Echter, onder Solvency II zijn de solvabiliteitsratio's door aangescherpte eisen aanmerkelijk lager dan onder Solvency I, waardoor wij van mening zijn dat de prikkel om deze ratio te verbeteren groter is geworden. Het opnemen van solvabiliteitskosten in de risicoverevening leidt tot een verbetering van het gelijke speelveld zonder dat de mathematische basis van het vereveningsmodel complexer wordt.

4. Beleidsaanbevelingen

Gegeven de punten uit paragraaf 2 en 3 doet het AG de volgende aanbevelingen.

4.1 Adequaatheid van het ex-ante model: verbeteren van het model nodig

Uit bovenstaande blijkt dat er momenteel verschillende oorzaken zijn voor ongewenste onder- en overcompensaties voor specifieke groepen. Om deze reden bevelen we aan om de voorspelkracht van het model te verbeteren, zodat ongewenste onder- en overcompensaties gereduceerd worden.

Een manier is het toevoegen van nieuwe vereveningskenmerken, bij voorkeur zijn dit morbiditeitskenmerken. Een andere manier is om de modellen naar leeftijd te splitsen, bijvoorbeeld aparte modellen voor zuigelingen/kinderen en volwassenen. Ook kan gedacht worden aan een hiërarchische structuur voor de morbiditeitskenmerken, zoals gehanteerd in de vereveningsmodellen in de VS.[ix] Verder kan gedacht worden aan het gebruiken van alternatieve schattingsmethoden; bijvoorbeeld een multiplicatief model in plaats van een additief model, om

zodoende beter rekening te houden met de scheefheid van de kostenverdeling en interacties tussen kenmerken.

Er zijn verschillende modelspecificaties mogelijk die onderzocht kunnen worden. Dergelijk onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre deze alternatieve methoden de voorspelkracht van het model verbeteren. Nieuwe kenmerken en/of model-technische aanpassingen dienen ook te voldoen aan andere criteria dan alleen statistische significantie in voorspelkracht, zoals vastgelegd in het beoordelingskader.[x]

4.2 Adequaatheid van het ex ante model: oplossing voor verzekerden met extreem hoge zorgkosten nodig

Aangezien het model een technische grens heeft en de kostenverdeling erg scheef is, is het moeilijk om de kosten adequaat te voorspellen voor een kleine groep verzekerden met extreem hoge zorgkosten. Deze uitschieters worden niet voldoende voorspeld op basis van het huidige model, waardoor substantiële ondercompensaties bestaan. Een alternatieve schattingsmethode kan wellicht de kosten beter voorspellen dan het huidige model. Echter, de vraag is of een *voorspel*model deze extreme zorgkosten kan voorspellen. Probleem hierbij is dat elke vorm van aggregatie (zoals de hoogste Meerjarig Hoge Kosten groepen) geen recht doet aan de risicoheterogeniteit binnen zo'n groep. Aangezien het hier vaak gaat om verzekerden die structureel hoge kosten hebben, is het verstandig om de zorgkosten van deze specifieke groep buiten het ex-ante model te houden en daarvoor een separaat systeem van vergoedingen op te zetten. Hetzelfde kan gelden voor verzekerden met bepaalde vooraf gespecificeerde kosten in het eerste of laatste levensjaar, omdat het moeilijk is dergelijke kosten adequaat te voorspellen op basis van individuele gezondheidskenmerken in het voorgaande jaar.

4.3 Volledigheid van het model: solvabiliteitskapitaalvereisten in de risicoverevening onderzoeken

De standaardformule van Solvency II hanteert voor zorgverzekeraars net als voor schadeverzekeraars de aanname dat het premierisico recht-evenredig is met de verwachtingswaarde van de schadelast. Voor zorgverzekeraars zijn de kapitaalkosten voor ongezonde verzekerden daarmee hoger dan voor gezonde verzekerden. Dit betekent dat ook bij een model dat voldoende compensaties geeft voor de zorgkosten er geen gelijk speelveld is.

Wij bevelen aan de mogelijkheden te onderzoeken om kapitaalkosten mee te nemen binnen de risicoverevening, of alternatieve manieren te overwegen, teneinde de verschillen in kapitaalkosten weg te nemen ten behoeve van een gelijk speelveld en de prikkels tot risicoselectie. Wij merken hierbij op dat het opnemen van kapitaalkosten in de vereveningsbijdrage een verhogend effect zal hebben op het vereist kapitaal SKV en daarmee opnieuw een stijging in de kapitaalkosten. Voor dit 'cirkel-effect' kan een optimum gevonden worden.

Voorts bevelen wij aan te onderzoeken in hoeverre het risico recht-evenredig is met de verwachtingswaarde. Daartoe kan in kaart gebracht worden wat het daadwerkelijk verschil in risico is tussen een gezonde en ongezonde verzekerde dat tot uiting komt in de spreiding rond de verwachtingswaarde van zorgkosten per verzekerde. Indien onderzoek aantoont dat het verband niet recht-evenredig is, dan bevelen wij aan te sturen op verbetering van de standaardformule onder Solvency II voor zorgverzekeraars in Nederland.

Bijlage A Toelichting methode van illustratief voorbeeld

Deze bijlage beschrijft de achtergrond bij het *illustratieve* voorbeeld over het effect van afwijkende risicoprofielen van verzekerdenportefeuilles tussen zorgverzekeraars op de solvabiliteitsratio's (zie paragraaf 3.1).

Voldoende openbare bronnen waren beschikbaar om de impact van de solvabiliteitskosten te analyseren. Hiervoor gebruikten wij cijfermateriaal uit DNB Statistiek, rapportages van Vektis en Zorginstituut Nederland uit 2014.

De volgende aannames zijn gemaakt:
1) het vereiste kapitaal SKV wordt vastgesteld met behulp van de standaardformule, zoals voorgeschreven in de regelgeving 'Solvency II';
2) de door zorgverzekeraars nagestreefde solvabiliteitsratio (i.e. het eigen vermogen gedeeld door de solvabiliteitskapitaalvereiste) bedraagt 140%;
3) de kapitaalkosten worden op 6% verondersteld, zoals voorgeschreven door EIOPA; en
4) we gaan uit van een nominale premie van € 1.098. Dit is de gemiddelde nominale premie in 2014.

Uitgegaan is van drie vrijwel identieke verzekeraars, deze verzekeraars hebben hetzelfde aantal verzekerden, ze berekenen dezelfde nominale premie en ze hebben hetzelfde eigen vermogen op de balans. Het enige verschil tussen deze drie verzekeraars zit in de verhouding tussen 'gezonde' verzekerden (gedefinieerd als 'geen morbiditeitskenmerken') en 'ongezonde' verzekerden. Als basis is genomen de verzekeraar met 80% 'gezonde' verzekerden en een solvabiliteitsratio van 140%. Tabel 1 geeft een schematische weergave van deze empirische illustratie.

Verhouding 'gezond' / 'ongezond'	Solvabiliteitsratio
75% / 25%	125%
80% / 20%	140%
85% / 15%	159%

Tabel 1: solvabiliteitsratio per fictieve verzekeraar met verschillende risicoportefeuilles.

Bijlage B Literatuurlijst en eindnoten

Literatuurlijst

- Eijkenaar, F., van Kleef, R.C., van Veen, S.H.C.M., van Vliet, R.C.J.A. (2015). Onderzoek risicovereveningsmodel 2016: berekening normbedragen. WOR 749. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kautter, J., Pope, G.C., Keenan, P. (2014). Affordable Care Act Risk Adjustment: Overview, Context, and Challenges. *Medicare & Medicaid Research Review, 4*(3), E1-E11.
- van Kleef, R.C., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2012). Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 90*(5), 312-326.
- van Kleef, R.C., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2014). Risicoverevening 2014 voor de somatische zorg. Analyse van uitkomsten op subgroepniveau. Research report, Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, Rotterdam.
- van Kleef, R.C., van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C.J.A. (2013). Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities, and effects. Expert Review of Pharmaeconomics & Outcomes Research, 13(6), 743-752.
- Milliman. (2015). Leeftijdsafhankelijke morbiditeit. WOR 722. Maart 2015.
- Ministerie van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). Actualisatie toetsingskader. WOR 760. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015). Tussenrapport Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie. Eerste inzichten. Juni 2015, Utrecht.
- van Veen, S.H.C.M. (2016). Evaluating and Improving the Predictive Performance of Risk Equalization Models in Health Insurance Markets. *Ph.D. Dissertation*, Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Optima Grafische Communicatie, Rotterdam.
- Zoutenbier, R., Douven, R., Bijlsma M. (2015). Doelmatigheid in de curatieve zorg. CPB Achtergronddocument, CPB Policy Brief 2015/12, 'Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg'. CPB, Juni 2015, Den Haag.

Eindnoten

---

[i] Doelmatige zorg betekent dat er geen verspilling van middelen mag zijn bij het uitvoeren van behandelingen en dat de middelen daar worden ingezet waar ze de meeste gezondheidswinst opleveren, Zoutenbier et al., 2015.

[ii] Zie voor definitie van risicoselectie: van Kleef et al., 2013; NZa, 2015.

[iii] In de praktijk is sprake van drie risicovereveningsmodellen: een model voor de somatische zorg (inclusief Verpleging & Verzorging), een model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ-model), en een model voor de langdurige geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (lGGZ). Daarnaast geldt nog een model voor het verplicht eigen risico (Eijkenaar ea., 2015). Gezien de scope van dit paper, wordt niet verder ingegaan op de technische details van deze afzonderlijke modellen.

[iv] Van Kleef et al., 2012, 2014; van Veen, 2016.

[v] Milliman, 2015.

[vi] Milliman, 2015.

[vii] Dit betekent dat de premie-inkomsten worden beschouwd inclusief de bijdragen vanuit het vereveningsfonds.

[viii] Het opnemen van kapitaalkosten in de vereveningsbijdrage zal een verhogend effect hebben op het vereist kapitaal SKV en daarmee opnieuw een stijging in de kapitaalkosten. Voor dit 'cirkel-effect' dient een optimum gevonden te worden.

[ix] Kautter et al., 2014.

[x] Ministerie van VWS, WOR 760.



KPMG

De toekomst van het risico-vereveningsstelsel

Position paper KPMG

Februari 2016

KPMG.com

Het huidige risicovereveningsstelsel

Het door het Ministerie van VWS gestelde doel van het risicovereveningsstelsel is het borgen van het gelijk speelveld tussen verzekeraars. Het ministerie geeft daarbij de volgende eigenschappen van een goed risicovereveningsstelsel:

1. Het compenseren voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van gezondheidskenmerken van de verzekerdenportefeuille;
2. Het tegengaan van risicoselectie;
3. Het bevorderen van doelmatige uitvoering van de Zvw door verzekeraars.

Wij onderschrijven dit doel en de gewenste eigenschappen van het risicovereveningsstelsel. Een volledig uitontwikkeld risicovereveningsmodel kent dus geen prikkels om te acteren door middel van (indirecte) risicoselectie op de ex ante bijdrage én bevordert doelmatige uitvoering (met name zorginkoop) door zorgverzekeraars. De afgelopen jaren is er (met succes) veel energie gestoken in het vergroten van de voorspelkracht van het risicovereveningsmodel en wij verwachten dat het de komende jaren steeds lastiger zal worden om deze voorspelkracht verder te vergroten. Sterker nog, een deel van de huidige voorspelkracht wordt ontleend aan factoren die mogelijk berusten op elementen van aanbod geïnduceerde vraag die doelmatige zorginkoop mogelijk in de weg staan. Wij denken dat er de komende jaren (uiteraard) aandacht moet blijven voor het verder optimaliseren van de voorspelkracht, maar zien ook mogelijkheden op andere vlakken. In deze paper gaan we in op de volgende mogelijkheden voor verbetering[1]:

1. Verdere optimalisatie van het ex ante model i.c.m. toezicht;
2. Uitbreiding van de scope van het ex ante model;
3. Aanbod geïnduceerde vraag;
4. Structurele tests op het functioneren van het ex ante model;
5. Verder terugbrengen van de ex post mechanismen somatisch model.

1. Verdere optimalisatie van het ex ante model i.c.m. toezicht

De huidige versie van het ex ante model laat ruimte voor een verdere verbetering van de voorspelbaarheid van het model. Het belangrijkste signaal dat het ex ante model nog niet optimaal functioneert zijn aanwijzingen voor indirecte risicoselectie[2]. Alhoewel juridisch gezien toegestaan, staat indirecte risicoselectie op gespannen voet met de geest van de Zvw en vermindert het mogelijk het draagvlak voor het zorgstelsel. Onzes inziens zal het moeilijk zijn om de voorspelkracht van het model dusdanig te verbeteren dat er helemaal geen prikkels meer zijn voor indirecte risicoselectie. Daarmee kan naar onze mening het voorkomen van indirecte risicoselectie enerzijds worden ondervangen door verdere optimalisatie van het ex ante model, maar dient ook overwogen te worden in hoeverre toezicht in combinatie met een verbod op indirecte risicoselectie bij kan dragen aan het adequaat werken van de Zvw en het behouden van het draagvlak van het stelsel.

2. Uitbreiding van de scope van het ex ante model

Niet alle voorspelbare kostenverschillen als gevolg van gezondheidskenmerken van de verzekerdenportefeuille worden gecompenseerd door het ex ante model. Wij denken hierbij, en dus als mogelijke uitbreidingen op het ex ante model, onder andere aan:

A. Verschil in kapitaalbeslag / risico per verzekerde

Onder Solvency II regelgeving zal een zorgverzekeraar met een overwegend ongezonde verzekerdenpopulatie meer bufferkapitaal aan moeten houden, omdat zij meer risico loopt dan een verzekeraar met een overwegend gezonde verzekerdenpopulatie, waarbij de spreiding van potentiële kosten groter is. Hierdoor kan er naar onze mening een prikkel tot risicoselectie ontstaan. Hierbij is het essentieel om de kalibratie van het risicovereveningsmodel aan te laten sluiten bij de meest recente regelgeving omtrent kapitaaleisen.

B. Verschil in administratiekosten per verzekerde

De verwachte administratiekosten die een zorgverzekeraar maakt zijn niet gelijk per verzekerde. Een verzekerde met hoge zorgkosten zal bijna automatisch hogere administratiekosten opleveren voor de zorgverzekeraar dan een verzekerde met geen of lage zorgkosten. Deze kosten zijn tot op zekere hoogte te voorspellen en zouden in het risicovereveningssysteem opgenomen kunnen worden om een verbetering te verwezenlijken.

C. Big data variabelen

De effectiviteit van de voorspelling kan worden verbeterd door aanscherping van de exogene risicovereveningscriteria, zoals deze momenteel in het model verwerkt zijn. Wij denken hierbij specifiek aan een bredere verzameling vereveningscriteria op onderdelen waarvan bekend is dat er voorspelbaarheid zit in het resultaat en aan het introduceren van kruiseffecten[3] bij de modellering. Bij deze uitbreiding en aanscherping van criteria ligt het voor de hand om een "Big Data" aanpak te hanteren, alhoewel de huidige transparantie van de modellering een groot voordeel is van het ex ante model. Met een "Big data" aanpak wordt bedoeld dat geavanceerde data-analyse kan worden gebruikt om de aanwezige informatie te onderzoeken op verbanden die niet direct voor de hand liggen. Denk daarbij aan een hypothese dat mensen die een huis bezitten (wat mogelijk te achterhalen is door informatie uit andere bronnen te koppelen), lagere zorgkosten hebben.

---

[1] Wij hebben niet de pretentie uitputtend te zijn in de verbetersuggesties.

[2] Nederlandse Zorgautoriteit Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt, 2016.

[3] Bijvoorbeeld door te onderzoeken of de voorspelbaarheid kan worden vergroot door de vereveningscriteria variabele bijdragen te geven afhankelijk van de leeftijd.

3. Aanbod geïnduceerde vraag

Eén van de belangrijke pijlers van de Zvw is de concurrerende zorginkoop door zorgverzekeraars voor hun verzekerden. Door zorg van hoge kwaliteit voor zo laag mogelijke kosten in te kopen wordt de schadelast beperkt, waardoor premies zo laag mogelijk blijven, en verzekerden voor de goed inkopende zorgverzekeraar kiezen. Een goed functionerend risicovereveningssysteem dient daarom te corrigeren voor die verzekerden-gebonden factoren die buiten de invloedssfeer van de zorginkoop van de zorgverzekeraar vallen ('exogene factoren', zoals leeftijd, sociaaleconomische status, aanwezigheid van ziekte, etc.). Tegelijkertijd dient een dergelijk systeem niet (of in ieder geval zo weinig mogelijk) te corrigeren voor 'endogene factoren', zoals aanbod gedreven zorggebruik ('aanbod geïnduceerde vraag'), kosten van zorgvoorzieningen, enzovoort. Als er voor deze endogene factoren wel wordt gecorrigeerd, is er sprake van een ongewenste prikkel. Zorgverzekeraars die goed inkopen (en daarmee de kosten goed beheersen) worden dan immers gestraft, en minder goed presterende verzekeraars worden niet geprikkeld tot verbetering.

Enige 'vervuiling' van een risicovereveningssysteem met endogene factoren lijkt vrijwel onontkoombaar, omdat naast leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status de meeste factoren in enige mate verbonden zijn met het bestaande zorggebruik en de aanwezige zorginfrastructuur. Dit neemt echter niet weg dat gestreefd dient te worden naar een systeem met minimale endogene vervuiling, aangezien het niet wegnemen van endogene vervuiling ongewenste marktverstoring (en ondoelmatigheid) tot gevolg kan hebben. Wij adviseren daarom te onderzoeken in hoeverre er sprake is van vervuiling door endogene factoren en hoe dit kan worden tegengegaan. Een eerste verkenning op dit vlak laat aanwijzingen zien voor het effect van praktijkvariatie op de verevening[4]. Systematisch onderzoek naar dit effect lijkt daarmee gewenst.

4. Structurele tests op het functioneren van het ex ante model

Wij adviseren om in aanvulling op het jaarlijkse onderzoek van de WOR naar de veranderingen in het ex ante model en de vaststelling van de normbedragen, een onderzoek bij toekomstige verbetering in het model uit te voeren op de historische prestaties. Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan backtesting van het ex ante model op verstrekkingenniveau of aan onderzoek op resultaten van portefeuilles waarvan aannemelijk is dat deze resultaten niet door efficiënte zorginkoop zijn veroorzaakt.

5. Verder terugbrengen van de ex post mechanismen somatisch model

In het somatische model zijn alle ex post mechanismen afgeschaft. Echter, naar onze mening is het flankerend beleid ook te zien als een ex post stap, omdat jaren na afloop van het verzekeringsjaar nog onzekerheid is over het resultaat in het vereveningsjaar. Het flankerend beleid leidt in de praktijk vaak tot grote verschuivingen in zorgkosten als gevolg van grote verschillen tussen het macroprestatiebedrag en de daadwerkelijke zorgkosten. Indien het macroprestatiebedrag gelijk is aan de daadwerkelijke zorgkosten is de impact van het flankerend beleid (per definitie) nihil. Wij adviseren daarom het flankerend beleid af te schaffen en te onderzoeken op welke wijze bij de vaststelling van de macrozorgkostenraming, waar mogelijk, beter en sneller aangesloten kan worden op ontwikkelingen in de zorg. Betere macroramingen leiden ertoe dat voorzienbare kostenontwikkelingen (zoals volgens sommigen de kostendaling in de farmacie in 2012 en 2013) niet leiden tot van nul afwijkende vereveningsresultaten bij zorgverzekeraars. Hierbij merken we op dat we grote waarde zien in een onafhankelijke raming door het CPB waarbij van tevoren niet voorspeld kan worden of de werkelijke zorgkosten hoger/lager uit zullen vallen dan deze raming.

Conclusie

In deze paper hebben wij enerzijds aangegeven dat het ex ante model en het streven naar het verhogen van de voorspelbaarheid hierin, kan leiden tot ongewenste marktverstoring, doordat endogene factoren worden geïntroduceerd. Anderzijds hebben wij een aantal aanbevelingen gedaan over de wijze waarop voorspelbaarheid van het ex ante model mogelijk kan worden vergroot, door het toevoegen van meer exogene factoren. Door het opvolgen van deze aanbevelingen denken wij dat het binnen het huidige zorgmodel mogelijk is marktverstoringen te verminderen om zodoende beter aan de doelstelling van een goed vereveningssysteem te voldoen. Met deze standpunten nemen wij graag deel aan de discussie over de toekomst van het risicovereveningsstelsel.

[4] Silvia Koerhuis, Improvement of the Dutch Risk Equalization model: the effects of practice variation. Thesis Free University Amsterdam, 2015.



Contact

David Ikkersheim
Partner KPMG
E. ikkersheim.david@kpmg.nl

Machiel Koper
Senior Manager KPMG
E. koper.machiel@kpmg.nl

Landelijk Platform GGz

LPGGz

De landelijke koepel van patiënten- en familieverenigingen en regionale cliëntenorganisaties in de ggz

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. E.B.K. van Koesveld
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum:	7 maart 2016
kenmerk:	16-022/MT
Onderwerp:	Reactie LPGGz op fundamentele discussie risicoverevening
Inlichtingen bij:	M.W.E. Tusschenbroek, e-mail m.tusschenbroek@platformggz.nl

Geachte heer Van Koesveld,

Hierbij doe ik u namens het Landelijk Platform GGz (LPGGz) onze inbreng toekomen voor de fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening.

Bij uw verzoek hebt u ons een aantal vragen meegegeven die betrekking hebben op specifiek het risicovereveningssyteem zoals wij dat nu kennen. In plaats van in te gaan op deze vragen, neem ik gezien het fundamentele karakter van de discussie de vrijheid om het standpunt van het LPGGz eveneens in meer fundamentele zin te schetsen.

Het uitgangspunt van het LPGGz is dat eenieder te allen tijde toegang dient te hebben tot kwalitatief goede en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Daarbij maken wij geen onderscheid in zorg die behoort tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet of zorg die gefinancierd wordt vanuit aanvullende verzekeringen. Vanuit die gedachte kijken wij dan ook naar de risicoverevening.

Hieruit volgt dat wij in beginsel geen principiële voor- of tegenstanders zijn van een risicovereveningssysteem. Ongeacht welk verzekerings- of financieringsstelsel dan ook, blijft voor ons het fundament liggen bij de borging van de toegang tot de zorg. Wanneer daarvoor in het huidige systeem een risicoverveningssysteem noodzakelijk is, kunnen wij dat onderschrijven. Net zoals wij in beginsel iedere maatregel toejuichen die waarborgen biedt voor een vrije toegang tot de zorg.

Uiteraard zijn wij in een later stadium, in opvolging op deze meer fundamentele discussie over specifiek de risicoverevening, graag bereid om in nauwe samenspraak met onze achterban een bijdrage te leveren aan een bredere verkenning van de mogelijkheden om de toegang tot kwalitatief goede en betaalbare geestelijke gezondheidszorg te kunnen borgen.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.J. ter Avest
Directeur

De toekomst van de risicoverevening

De visie van Menzis

Position paper ten behoeve van de fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening

15 februari 2016

1. Inleiding

Risicoverevening is cruciaal voor de werking van de Zorgverzekeringswet. Door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars afdoende gecompenseerd worden voor verschillen in risicoprofielen van hun verzekerdenpopulaties. De risicoverevening dient hiervoor te zorgen.

Risicoverevening is in Nederland ingevoerd in 1993 in het kader van de ziekenfondswet en vanaf 2006 van toepassing op alle Nederlanders in het kader van de Zorgverzekeringswet (ZVW). De inhoud van het verzekerde pakket is in de loop van de tijd flink uitgebreid, net als de mate van risicodragendheid van de zorgverzekeraars. Ook is de kwaliteit van het model (in termen van de verklaringskracht) sterk verbeterd, met name voor de somatische zorg. Voor de uit de AWBZ naar de ZVW overgehevelde zorgsoorten laat de kwaliteit van het model echter nog veel te wensen over.

In dit ‘position paper’ geven we onze visie op de huidige stand van zaken ten aanzien van de risicoverevening en doen we suggesties voor de doorontwikkeling ervan.

2. Doel risicoverevening

Wij formuleren de doelstelling van de risicoverevening als volgt:

De risicoverevening dient er voor te zorgen dat het elke zorgverzekeraar in financieel opzicht niet uitmaakt welke verzekerden ze in huis heeft (‘er is sprake van een gelijk speelveld’), noch welke verzekerden vertrekken of toetreden (‘er is voor zorgverzekeraars geen prikkel tot risicoselectie’).

Het hogere doel is een situatie te creëren waarin zorgverzekeraars zich uitsluitend zullen richten op doelmatigheid en kwaliteit van de in te kopen zorg voor hun verzekerden.

Voor elke keuze die wordt gemaakt in het kader van de risicoverevening dient de vraag centraal te staan of en in welke mate deze keuze bijdraagt aan de doelstelling van de risicoverevening.

3. Doorontwikkeling vereveningsmodel

De vraag in hoeverre het huidige vereveningsmodel zorgt voor een gelijk speelveld en prikkels tot risicoselectie voorkomt, is voor ons lastig te beantwoorden. Voor de somatische zorg bestaat de indruk dat het model hier vrij goed in slaagt. Desondanks zijn er nog steeds behoorlijk grote groepen met een voorspelbaar substantieel negatief of positief resultaat en dat is geen wenselijke situatie. Voor de GGZ en Verpleging en Verzorging is het model zeker nog niet op orde.

Ook is het de vraag hoe de kwaliteit van het model te meten is. Binnen het jaarlijkse ontwikkeltraject onder begeleiding van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) gebeurt dit door de modeluitkomsten te spiegelen aan representatief gemaakte historische gegevens en vervolgens de ‘fit’ op individueel, subgroep en verzekeraars niveau te presenteren. Wij zouden graag structureel (retrospectief) onderzoek willen zien naar de ‘fit’ tussen het gebruikte model en de werkelijke kosten.

De kwaliteit van het model lijdt onder het -niet te vermijden- gebruik van historische data. Tussen de data die worden gebruikt voor het schatten van het model en het vereveningsjaar zitten nu drie

kalenderjaren. Het representatief maken van de historische data is niet eenvoudig in het licht van technologische ontwikkelingen, wijzigingen in behandelmethodes en pakketwijzigingen. Wij zouden graag meer onderzoek zien naar het effect van het representatief maken van de historische data op de uitkomsten. Dit zou moeten leiden tot een verbetering in het proces waarin de normbedragen worden vastgesteld.

Het proces om te komen tot modelverbeteringen is er nu uitsluitend op gericht om bruikbare, desnoods ad-hoc, aanpassingen te vinden voor het model voor het komende vereveningsjaar. Menzis ziet graag dat er structureel meer tijd en capaciteit vrijgemaakt wordt voor onderzoek gericht op modelverbeteringen op (middel)lange termijn.

We denken hierbij aan keuzes ten aanzien van:

1. de vorm van het model
2. de op te nemen verklarende variabelen
3. de uitsplitsing naar de te verklaren variabelen (zorgsoorten)

Bij elk van deze keuzes dient de vraag centraal te staan in hoeverre deze keuze bijdraagt aan het creëren van een gelijk speelveld en het voorkomen van prikkels tot risicoselectie. Deze bijdrage dient vervolgens afgezet te worden tegen de wens (in het kader van uitlegbaarheid en uitvoerbaarheid) tot eenvoud en transparantie van het model. Gezien het belang van de risicoverevening, heeft het volgens Menzis meer waarde dat het model 'state-of-the-art' is dan dat het eenvoudig is.

We doen daarom de volgende suggesties:

- Hanteer verschillende modellen voor verschillende zorgsoorten, met voor iedere zorgsoort het 'beste' model. Denk hierbij in ieder geval aan het onderscheid tussen 'variabel', GGZ en Verpleging en Verzorging. Maar ook een verdere uitsplitsing van 'variabel' in bijvoorbeeld kosten ziekenhuiszorg, farmacie, huisartsen, etc. moet niet op voorhand worden uitgesloten. Voeg modellen alleen samen als het weinig kost in verklaringskracht, niet omdat het 'moet'. Splits modellen als het bijdraagt aan de verklaringskracht.

- Houd niet per se vast aan een lineair, additief model. Eenvoud mag niet (teveel) ten koste gaan van de kwaliteit van het model.

- Onderzoek de mogelijkheid op een scheiding in de modellering van de kans (op ziekte) en de bijbehorende kosten. Dit biedt mogelijkheid om risicodragendheid alleen toe te passen op de kosten per geval, maar niet op het geval zelf indien de kans slecht te voorspellen/normeren is. Dit kan bijvoorbeeld een oplossing zijn voor (zeer) kleine groepen verzekerden met (zeer) hoge kosten. Maar ook voor bijvoorbeeld de kosten rondom bevalling.

- Zoek naar de mogelijkheid tot typering van (groepen) verzekerden door middel van meerjarige en/of gecombineerde kenmerken of indicatoren. Doel is de populatie op te delen in homogene risicogroepen en voor elk van deze groepen een passende norm te bepalen.

4. Wat is het verzekeraars-risico?

Op de vraag in welke mate en op welke zorgsoorten verzekeraars risico dienen te lopen, dient wederom de bijdrage aan de doelstelling van de risicoverevening centraal te staan. Een belangrijke noodzakelijke voorwaarde voor risicodragendheid is in de ogen van Menzis dat de zorgsoort normeerbaar is. Normeerbaarheid is op te splitsen in twee delen: normering van het geval (kans op ziekte) en normering van de kosten van de behandeling. Wanneer de normering van het geval slecht

mogelijk is (bijvoorbeeld bij kleine aantallen zoals de ziekte van Pompe), dan is het beter om de verzekeraar alleen risico te laten lopen over de kosten van de behandeling en niet op het geval zelf.

5. Uitvoering

De uitvoering van de risicoverevening leidt er uiteindelijk toe dat voor elke zorgverzekeraar een bijdrage uit het vereveningsfonds wordt vastgesteld. De definitieve vaststelling van deze bijdrage vindt in principe plaats in jaar ‘t+4’, dus ruim drie kalenderjaren na het betreffende vereveningsjaar.

Het lange vaststellingstraject zorgt voor onzekerheid bij zorgverzekeraars over hun (uiteindelijke) inkomsten en leidt tot een risico-opslag op de premie. Menzis zou graag een versnelling zien van dit traject. Dit kan worden bewerkstelligd indien de bijdrage niet langer afhankelijk is van de omvang van totale zorgkosten in het vereveningsjaar t. Keuzes die op dit moment worden gemaakt ten aanzien van criteriumneutraliteit, herschaling van normbedragen en flankerend beleid zouden naar ons idee kritisch heroverwogen moeten worden. Ook deze keuzes zouden naar ons idee getoetst moeten worden aan de doelstelling van de risicovervening.

6. Resumé

Samenvattend ziet Menzis de toekomst van de risicoverevening met vertrouwen tegemoet, als bij de doorontwikkeling ervan aan het volgende wordt voldaan.

Maak een duidelijk onderscheid tussen de doelstelling van de risicoverevening enerzijds en alle overige wensen en ideeën anderzijds. Eenvoud, transparantie en volledige risicodragendheid zijn geen doelen op zich, maar alleen wenselijk als ze niet tornen aan de doelstelling van de risicoverevening: het creëren van een gelijk speelveld en het voorkomen van prikkels tot risicoselectie.

Doe vanuit dit idee en met een open blik onderzoek naar verbeteringen van de risicoverevening, niet alleen voor het komende vereveningsjaar maar vooral ook op de (middel)lange termijn.

Naast een versnelling in de uitvoering, zullen de verbeteringen vooral in het te hanteren vereveningsmodel te vinden zijn. Hierbij denken wij aan (i) andere modelvormen dan het huidige lineaire, (ii) verdere uitsplitsing naar zorgsoorten, (iii) uitsplitsing van verwachte kosten naar kans op ziekte en bijbehorende kosten per geval en (iv) de typering van homogene groepen verzekerden op basis van meerdere en/of meerjarige indicatoren.

De Toekomst van de Risicoverevening in perspectief van de Zvw

Position paper ten behoeve van de fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening

Milliman

Datum: 15 februari 2016

Verantwoording

De voorliggende position paper is geschreven op uitnodiging van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij beschouwen in deze paper in hoeverre de risicoverevening aan het doel van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bijdraagt, bespreken de knelpunten die daarbij optreden en benoemen mogelijke oplossingsrichtingen. De opgenomen cijfervoorbeelden in deze paper zijn louter illustratief en afhankelijk van de gemaakte aannames. Wellicht ten overvloede benadrukken we dat in deze paper geen oordeel of advies wordt gegeven aangaande het huidige beleid van de overheid en de vigerende wetgeving. Wij beschouwen het beleid en de wetgeving als een gegeven en beogen vanuit onze onafhankelijke rol informatie en inzicht te verschaffen en daarmee een waardevolle bijdrage te leveren aan de fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening.

Drs. J.A.N. Houtepen MBA AAG
Drs. L. Roodbol AAG
Drs. R. Uildriks AAG

Doel risicoverevening in historisch perspectief

Risicoverevening in het Nederlandse zorgstelsel is niet nieuw. Sinds 1993, bij de invoering van de Ziekenfondswet (ZFW), kennen we reeds een risicovereveningsmodel. Maar met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006, is risicoverevening belangrijker geworden. Het gaat niet alleen meer om het creëren van een gelijk speelveld door het compenseren van voorspelbare verliezen zoals bij de invoering van de ZFW, maar ook om het tegengaan van (al dan niet bewuste) risicoselectie en vooral om het prikkelen van zorgverzekeraars doelmatig met de verkregen middelen om te gaan.

A whole different ball game

Met de invoering van de Zvw geeft de overheid verdere uitvoering aan haar beleid van gereguleerde concurrentie in de zorg. De zorgverzekeraars krijgen daarbij de opdracht om gericht de kosten te beperken en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Verzekerden krijgen het recht te stemmen met hun voeten. Belangrijke randvoorwaarden daarbij zijn een verplichte zorgverzekering voor iedereen, jaarlijkse mogelijkheid om te wisselen van zorgverzekeraar en een verplichte acceptatie van verzekerden door zorgverzekeraars zonder premiedifferentiatie. De rol van de zorgverzekeraar is substantieel veranderd. Niet langer staat het selecteren en prijzen van de risico's van verzekerden centraal, maar het selecteren en prijzen van de zorgaanbieders. De traditionele rol van underwriter – waarbij de verzekeraar zelf bepaalt welke verzekerden hij wel/niet wil accepteren en tegen welke premie met welke dekking – moet plaats maken voor een regie-rol op het gericht beheersen van de zorgkosten, in het bijzonder voor kwetsbare groepen.

Cruciaal fundament onder dit stelsel betreft het risicovereveningsmodel. Het is daarbij niet langer voldoende om te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van bestaande verschillen in portefeuillesamenstelling, maar ook voor mogelijke verschillen die ontstaan door al dan niet bewuste risicoselectie door verzekeraar en/of verzekerden als gevolg van gewenst doelgroepenbeleid door de zorgverzekeraar. Bij een goed werkend systeem zouden kwetsbare groepen met hoge verwachte zorgkosten zoals ouderen en chronisch zieken financieel aantrekkelijk moeten zijn voor een zorgverzekeraar. Bij verzekerden met hoge zorgkosten is het immers in beginsel gemakkelijker de doelmatigheid te verhogen dan bij groepen verzekerden zonder of met heel lage zorgkosten. Een verzekeraar mag echter niet onder gaan aan zijn eigen succes. Als hij via deze gewenste vorm van 'doelgroepenbeleid' meer kwetsbare verzekerden aantrekt dan landelijk gemiddeld, moet hij expliciet gecompenseerd worden voor de verwachte additionele zorgkosten voor deze kwetsbare verzekerden. Dit wordt ondervangen door naast de basis vereveningskenmerken leeftijd en geslacht zogenoemde morbiditeitsgerelateerde kenmerken aan het model toe te voegen.

Gegeven het gevoerde overheidsbeleid van gereguleerde concurrentie en de daaruit volgende doelstellingen van de Zvw zoals hierboven beschreven is in onze opinie daarmee het uiteindelijke doel van het vereveningsysteem dat 1) op verzekeraarsniveau een gelijk speelveld met gezonde concurrentie tussen de zorgverzekeraars ontstaat 2) waarbij verzekeraars géén prikkel tot risicoselectie op basis van gezondheidsverschillen van verzekerden hebben maar3) juist een prikkel tot doelmatige zorginkoop en het beheersen van de zorgkosten, in het bijzonder voor kwetsbare groepen. In deze paper reflecteren we op deze drieledige doelstelling van de risicoverevening. We beschrijven in welke mate naar onze mening die doelen met het huidige risicovereveningsmodel worden bereikt, wat de knelpunten daarbij zijn en noemen mogelijke oplossingsrichtingen.

1. Gelijk speelveld met gezonde concurrentie?

Als je 'gezonde concurrentie' te weeg wilt brengen dan zul je allereerst moeten zorgen voor een gelijk speelveld waarbij de uitgangspositie voor alle spelers gelijk is én tevens het risico voor ook de kleine(re) spelers verantwoord is. Tot dusver wordt de positie van de kleine(re) speler niet expliciet in ogenschouw genomen en wordt het gelijk speelveld eng gedefinieerd in termen van adequate compensatie voor zorgkostenverschillen als gevolg van gezondheidsverschillen. Maar vereist 'gezonde concurrentie' ook niet voldoende spelers? Hoe goed is de kwaliteit van het model en hoe wordt dit beoordeeld? En stel dat het model perfect verevent voor voorspelbare zorgkostenverschillen als gevolg van portefeuillesamenstelling, is er dan sprake van een gelijk speelveld?

1.1 Kwaliteit nog moeilijk te beoordelen

Eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars is alleen mogelijk als zorgverzekeraars met een ongezonde verzekerdenpopulatie niet in het nadeel zijn ten opzichte van de zorgverzekeraars met een gezonde populatie en omgekeerd. Bij de beoordeling van de verevenende werking wordt voornamelijk gekeken in hoeverre de zorgkostenverschillen als gevolg van gezondheidsamenstelling adequaat worden gecompenseerd. Het huidige beoordelingskader is gericht op het beoordelen van de goodness-of-fit (verklaringskracht) van het model: dat wil zeggen in hoeverre het model de historische data fit. In onze optiek zou daarbij primair gekeken moeten worden naar de mate waarin het model de zorgkosten goed voorspelt op verzekeraarsniveau. Probleem hierbij is dat maatstaven op verzekeraarsniveau niet goed vergelijkbaar zijn in de tijd, omdat deze beïnvloed worden door de verzekerdenpopulatie in een bepaald jaar en door veranderingen in behaalde efficiency-resultaten. De gegevens op het niveau van individuele verzekeraars (bijvoorbeeld het ex ante resultaat per verzekerde, of het profiel van de minst presterende verzekeraar) zijn bovendien niet publiceerbaar vanwege bedrijfsgevoelige informatie. Maar bovenal is op basis van de huidige maatstaven en analyses niet duidelijk of verschillen tussen gerealiseerde kosten en normbedragen op verzekeraarsniveau voortvloeien uit imperfecties in het vereveningsysteem, dan wel gevolg zijn van 'gewenste' doelmatigheidheidsverschillen.

1.2 Aanwijzing structurele verschillen tussen verzekeraars als gevolg van imperfecties

Doorgevoerde verbeteringen in het ex ante systeem hebben niet of nauwelijks impact meer op de relatieve ex ante prestaties van de verschillende (risicodragende) zorgverzekeraars. Maar betekent dit dat de verevenende werking goed is en de verschillen tussen verzekeraars voornamelijk veroorzaakt worden door gewenste doelmatigheidsverschillen tussen zorgverzekeraars? Of is er nog geen gelijk speelveld en zijn de kenmerken van de verzekerden (portefeuille-effecten) voornamelijk bepalend voor het uiteindelijke financiële ex ante resultaat van de zorgverzekeraar? Aanwijziging voor dit laatste is dat zorgverzekeraars aangeven dat binnen een concern de rangschikking van de risicodragende entiteiten op basis van het ex ante resultaat per verzekerde over de tijd niet of nauwelijks gewijzigd is, terwijl het zorginkoopbeleid op concernniveau uitgevoerd wordt en daarmee voor alle entiteiten gelijk is.

1.3 Kapitaalkosten benadelen verzekeraars met ongezonde portefeuilles

Gemiddeld over alle 13,5 miljoen premiebetalers bedragen de kapitaalkosten ca. €40. Indien verzekeraars zoals in de huidige situatie niet via de risicoverevening worden gecompenseerd voor de kapitaalkosten zullen zij in de nominale premie gemiddeld €40 aan kapitaalkosten moeten calculeren. Daarbij liggen voor zorgverzekeraars met veel ongezonde verzekerden (30% ongezond) deze kosten gemiddeld hoger, tot bijna €50 per premiebetaler. Voor zorgverzekeraars met een relatief gunstig risicoprofiel (10% ongezond) zijn de kosten gemiddeld juist lager, zo'n €30 per premiebetaler. Een verschil van zo'n €20 lijkt wellicht beperkt; immers wanneer afgezet tegen de nominale premie is dit ca. 1,5%. Echter in een markt waarin jaarlijks 7% van de verzekerden veelal uit prijsoverwegingen wisselt van verzekeraar draagt dit verschil bij tot een ongelijk speelveld en kan risicoselectie in de hand werken. Dit betreft een *illustratief* voorbeeld. Voor toelichting op de berekeningswijze zie bijlage 1.

1.4 Financieel risico en positie kleine(re) zorgverzekeraars

Bij ex ante verevening loopt de zorgverzekeraar financieel risico op de vereveningsbijdrage. De verevening kan de kosten immers nooit perfect voorspellen, waardoor er variatie in de verwachte zorgkosten binnen een risicogroep blijft. Hoe groot is dit risico en in hoeverre is het afhankelijk van de samenstelling van de portefeuille? En is dit een verantwoord risico, in het bijzonder voor de kleinere spelers? Gangbare risicomaatstaven zoals standaarddeviatie, betrouwbaarheidsintervallen, Value At Risk (VaR) en dergelijke hebben nog geen of beperkte plaats binnen het huidige beoordelingskader. Met andere woorden in verzekeringsjargon: de aandacht ligt vooral bij de verwachtingswaarde ("de best estimate": in hoeverre sluit gemiddeld genomen de voorspelde zorgkosten aan bij de gerealiseerde zorgkosten) en minder bij de spreiding van de resultaten daaromheen (ook wel 'de risicomarge' genoemd). Is het risico op hoger dan verwachte zorgkosten even groot bij een kwetsbare verzekerde met hoge verwachte zorgkosten als bij een gezonde verzekerde met geen of lage verwachte zorgkosten? Met andere woorden: zou een verzekeraar die een 'ongezonde' portefeuille overneemt een 'risicomarge' bovenop de verwachtingswaarde vragen en in hoeverre zou die hoger zijn dan als hij een 'gezonde' portefeuille overneemt?

Hoewel de risico's voor kleine zorgverzekeraars groter zijn en zij dus minder goed in staat zijn om klappen op te vangen, zien we uit de analyses van voorgaande jaren (zie bijv. APE, 2012, tabel 3.16, WOR 625) dat juist het ex ante resultaat bij de kleinere zorgverzekeraar gemiddeld genomen positief is, in tegenstelling tot bij de grote zorgverzekeraars. Omdat kleinere zorgverzekeraars beperkte inkoopmacht hebben om efficiencyvoordelen te behalen, lijkt dit vooral voort te komen uit imperfecties in het systeem. Daarbij zijn er aanwijzingen dat risicoselectie gericht op overstappers, een groep waar de kleinere zorgverzekeraars zich vooral op richten vanuit hun wens tot groei, tot positieve ex ante resultaten leidt. Maar in hoeverre is dit erg en zou deze prikkel tot ongewenste 'gunstige' risicoselectie (bewust dan wel onbewust) via de risicoverevening tegen moeten worden gegaan?

2. Geen prikkel tot risicoselectie? Focus op kwetsbare groepen

Risicoselectie gericht op het bewust dan wel onbewust aantrekken van de gezonde krenten uit de pap heeft vooral effect voor de relatief kleine spelers. Het geven van hoge premiekortingen op het vrijwillig verhogen van het eigen risico of het aanbieden van polissen met beperkende voorwaarden tegen lage premies zijn bijvoorbeeld bekende methodes om gezonde klanten aan te trekken. Dergelijke strategieën gericht op overstappers zijn echter vaak van korte duur en de vraag is bovendien vanuit het oogpunt van gelijk speelveld met voldoende concurrentie hoe erg dit is. Immers, zou er zonder deze vorm van risicoselectie nog wel een bestaansrecht zijn voor de kleine speler(s)? Zij lopen meer risico op de verevening en hebben bovendien minder inkoopkracht om efficiëncyvoordelen te behalen. Deze vorm van risicoselectie lijkt daarom vooral vanuit oogpunt van risicosolidariteit minder wenselijk, maar in hoeverre dit daadwerkelijk de risicosolidariteit aantast kan nog niet definitief gesteld worden.[1]

Risicoselectie gericht op het weren of ontmoedigen van kwetsbare groepen is ons inziens vooral een kwalijke zaak. Via de aanvullende verzekering wordt bijvoorbeeld effectief gestuurd op het weren van bepaalde kwetsbare groepen met potentieel hoge kosten. Zo worden aanvullende kraamzorg en ziekenhuisbevallingen zonder medische indicatie door sommige polissen niet vergoed. De verzekeraars filteren hun klantenbestand zo voor vrouwen met een kinderwens. Zwangerschappen vormen immers een groot financieel risico voor verzekeraars, terwijl vrouwen zonder kinderen doorgaans geld opleveren. Dergelijke vormen van risicoselectie ontmoedigen innovaties in de zorg, die zoals bij geboortezorg juist nodig zijn, en verminderen de doelmatigheid. Verdere verbetering van het systeem zou dan ook gericht moeten zijn op vooral het verminderen van voorspelbare ondercompensaties bij kwetsbare groepen, zeker als verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor die groep bijzonder aandacht behoeft.

Hoewel de doelgroep zwangeren een kwetsbare groep met hoge zorgkosten betreft die vooraf te duiden is, waarbij verzekeraars bewust dan wel onbewust deze doelgroep kunnen aantrekken of weren, past het opnemen van zwangerschap als vereveningskenmerk niet binnen de huidige mogelijkheden. Dit omdat strikt vastgehouden wordt aan het zuivere voorspelmodel. Dat wil zeggen, dat de hogere zorgkosten voorspelbaar moeten zijn op basis van betrouwbare, vooraf vast te stellen gezondheidskenmerken van een *individuele* verzekerde in het voorgaande jaar. De focus ligt daarbij op ernstige, chronische aandoeningen die gepaard gaan met hoge vervolgkosten. Bij de totstandkoming van de diagnosekostengroepen op basis van ziekenhuisbehandelingen worden dan ook diagnosen met een indicenteel karakter uitgesloten zoals botbreuken, brandwonden, zwangerschap en geboorten. Botbreuken en brandwonden zijn in tegensteling tot zwangerschap en geboorten te zien als toevallige uitkomsten van een kansproces, waarbij risicoselectie niet aan de orde is. Deze zijn dan ook echt als verzekeraarsrisico te beschouwen, zwangerschappen en geboorten daarentegen niet.

De focus op de ernstige, chronische aandoeningen zorgt er verder voor dat niet alle chronische aandoeningen zijn opgenomen. De groep 'gezond' (zonder morbiditeitskenmerken) is dan ook relatief groot (78% van de verzekerdenjaren) en toch nog verantwoordelijk voor zo'n 44% van alle somatische zorgkosten[2]. Hierdoor worden zieke 'gezonden' (met chronische aandoeningen die niet expliciet in het model opgenomen zijn zoals mildere varianten maar ook zeldzame aandoeningen met zeer hoge kosten) ondergecompenseerd. Als we de groep gezond verder uitsplitsen naar leeftijd, dan valt op dat bijna alle kinderen (98%) tot de groep gezond behoren en dus slechts 2% een of meerdere morbiditeitskenmerk(en) hebben. Ter vergelijking, in de verenigde staten wordt middels de risicovereveningsmodellen 45% van de zuigelingen aangemerkt als 'ongezond' en 9% van alle kinderen tussen 1-20 jaar. Het model lijkt dus onvoldoende expliciet rekening te houden met specifieke aandoeningen voor kinderen. Omdat het model verder alle leeftijdsgroepen als apart kenmerk bevat, maar geen leeftijdsafhankelijke

---

[1] Nederlandse Zorgautoriteit, januari 2016

[2] Milliman, maart 2015

morbiditeitscriteria wordt de kleine groep 'ongezonde' kinderen bovendien fors ondergecompenseerd, tot wel meer dan €1000[3]. Het gevolg is dat een zorgverzekeraar met meer dan 2% 'ongezonde' kinderen een voorspelbaar verlies heeft. Tot slot zorgt het additieve karakter van het model (Ordinary Least Squares) waarbij een verzekerde meerdere morbiditeitscriteria kan hebben, dat binnen de groep 'ongezond' over- en ondercompensaties ontstaan.

3. Doelmatig zorgkostenbeheersing, vooral voor kwetsbare groepen?

Om de prikkel tot doelmatigheid te bevorderen is in 2012 een belangrijke stap gemaakt in het verder afbouwen van de ex post compensatiemechanismen. Hoewel de groei van de zorgkosten sinds 2012 relatief afgenomen is, zien we geen duidelijke aanwijzingen dat dit het gevolg is van innovatieve zorgkostenbeheersingsmodellen voor in het bijzonder de kwetsbare groepen. In plaats daarvan zijn zorgverzekeraars budget- en plafondafspraken met ziekenhuizen en GGZ instellingen gaan maken, een eenvoudige en effectieve manier om de zorgkosten te beheersen en het toegenomen risico af te wentelen op deze zorgaanbieders. De vraag is of dit past binnen de beoogde gereguleerde concurrentie en daarmee feitelijk niet een grote stap terug gezet wordt richting centrale aanbod- en prijsregulering? De eerder genoemde imperfecties in het ex ante vereveningsysteem en de onzekerheden daaromtrent zullen zeker een rol spelen. Efficiencyvoordelen behalen bij kwetsbare groepen vraagt om schaalvoordelen en dus het aantrekken van relatief hoog volume via gericht doelgroepenbeleid. Maar zodra het aandeel in zo'n kwetsbare doelgroep bovengemiddeld is, én deze groep niet expliciet of onvoldoende opgenomen is in het vereveningsmodel, dan is dit een zeer riskante strategie. Een sprekend voorbeeld is de recente ondergang van het label Energiek van zorgverzekeraar Eno. Met dit label zette Eno in op betere zorg voor vrouwen, en trok (via haar gerichte marketing in combinatie met een aantrekkelijk AV pakket voor met name geboortezorg) een bovenredig hoog aandeel zwangeren met zuigelingen en kinderen aan. Een kwetsbare groep met voorspelbaar hoge zorgkosten waarbij juist de overheid ook expliciet inzet om de zorg rondom deze groep te verbeteren, maar die (nog) niet expliciet gecompenseerd wordt in de verevening. Ter illustratie, stel dat een verzekeraar 3% in plaats van gemiddeld 1,3% zwangeren in zijn populatie heeft, en we uitgaan van gemiddeld €4.600 kosten per bevalling (exclusief kraamzorg en kosten eerste lijns poliklinische zorg) [4], dan maakt hij hier naar verwachting ca. €80 per premiebetaler verlies op.

Niet alleen is het implementeren van innovatieve zorgkostenbeheersingsmodellen (zoals shared savings contracten) en het inzetten op specifieke kwetsbare groepen erg risicovol, de administratieve kosten zijn ook zeer hoog terwijl het effectieve resultaat ervan onzeker is. En bovendien zijn eventuele behaalde concurrentievoordelen vaak ook maar van korte duur. Enerzijds, omdat lagere gerealiseerde zorgkosten uiteindelijk doorwerken in de normbedragen voor de volgende jaren, en anderzijds omdat verzekerden elk jaar kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Andere belemmerende factoren zijn de van oudsher aanwezige bekostigingschotten tussen verschillende typen zorgaanbieders en het feit dat selectieve zorginkoop niet goed mogelijk is.

4. Conclusie

Het herverdelingsmechanisme van de overheid waarbij de voorspelbare zorgkostenverschillen als gevolg van gezondheid van de verzekerdenpopulatie over de zorgverzekeraars worden herverdeeld is een krachtig en uniek instrument dat in onze optiek zeker bijdraagt aan het creëren van gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, het tegengaan van risicoselectie en het prikkelen van zorgverzekeraars tot doelmatige zorgkostenbeheersing. Dat dit systeem nog niet perfect is blijkt onder meer uit de (indirecte) risicoselectie die in de praktijk wordt toegepast en de structurele verschillen in gemiddeld ex ante resultaat tussen verschillende verzekeraars binnen één concern. Bovendien lijken innovatieve inkoopafspraken die leiden tot betere zorg voor lagere kosten voor specifieke kwetsbare groepen nog beperkt van de grond te komen. Tegelijkertijd lijkt het een illusie te denken dat de imperfecties in het vereveningsmodel hier volledig debet aan zijn. Ook bij een theoretisch perfect systeem is het de vraag of de drie doelen volledig behaald zullen worden. Kortom: in onze visie is een goede risicoverevening op basis van de uitgangspunten zoals nu gedefinieerd een noodzakelijke doch niet voldoende voorwaarde voor het behalen van de gestelde doelen. Een aantal van de belemmeringen zou deels mogelijk via de verevening weggenomen kunnen worden. Dit vraagt onder meer een aanpassing van de uitgangspunten van de verevening, waaronder het loslaten van het strikt zuivere voorspelmodel en het mogelijk meenemen van de kapitaalkosten in het model.

---

3 Milliman, april 2015

[4] Nederlandse Zorgautoriteit, oktober 2015

5. Beleidsaanbevelingen

Gegeven de bovenstaande punten, kunnen de volgende beleidsaanbevelingen gedaan worden.

5.1 Verbeteren beoordelingsmethodiek

Wij roepen op in de eerste plaats het beoordelingskader aan te passen opdat de beoordeling van de drie doelstellingen afzonderlijk en in relatie tot elkaar beter mogelijk is. Beoordeling op verzekeraarsniveau laat vooral te wensen over, met name doordat niet duidelijk is of verschillen tussen verzekeraars in verwacht ex ante resultaat per verzekerde voortvloeien uit ‘ongewenste’ imperfecties in het vereveningsysteem als gevolg van portefeuille-verschillen, dan wel het gevolg zijn van ‘gewenste’ doelmatigheidseffecten. Een mogelijke oplossingsrichting kan zijn om middels resampling technieken zoals bootstrapping ‘fictieve verzekeraars’ te creëren waarbij het doelmatigheidseffect (verzekeraarseffect) ‘uitgefilterd wordt en portefeuille-effecten getoetst kunnen worden, informatie geanalyseerd en gedeeld kan worden en waarvoor het verloop van de maatstaven in de tijd een indicatie is voor de verandering van de kwaliteit van het risicovereveningsmodel op verzekeraarsniveau. Daarnaast kan een techniek als bootstrapping verder gebruikt worden om onzekerheden rondom de verwachte kosten en het ex ante resultaat te meten en aldus risicomaatstaven zoals betrouwbaarheidsintervallen toe te voegen aan het beoordelingskader. Op die manier kan onderzocht worden in hoeverre het risico voor kwetsbare groepen met hoge zorgkosten groter is dan voor gezonde groepen en in hoeverre het risico voor (in het bijzonder de kleinere) verzekeraars acceptabel en verantwoord is. Tot slot bevelen we aan om naast de verklaringskracht (de fit op basis van historische data) ook de voorspelkracht van het model te toetsen, bijvoorbeeld door het uitvoeren van zogenoemde backtesting.

5.2 Verbeteren model; gelijk speelveld en tegengaan risicoselectie, vooral voor kwetsbare groepen

Wij raden aan om het model te blijven aanpassen en actualiseren, zodat zorgverzekeraars niet kunnen voorspellen welke groepen verzekerden hen op langere termijn geld kosten of opleveren. Specifiek bevelen we de volgende 7 punten aan om het model vooral voor de kwetsbare groepen te verbeteren. 1. Loslaten van het uitgangspunt van zuiver voorspelmodel en toevoegen van zogenoemde verklaringskenmerken met een incidenteel karakter zoals geboorten en zwangerschap voor zover risicoselectie cq sturing op zo’n doelgroep (met verhoogde kans) effectief mogelijk is én dit niet tot ongewenste prikkels leidt. Dit geldt daarom niet voor bijvoorbeeld botbreuken, brandwonden of sterften. 2. Toevoegen van meer kindgerelateerde morbiditeitskenmerken en/of hanteren van aparte modellen voor zuigelingen en kinderen, zoals in de VS.[5] Bij lage aantallen kan een categoraal model in plaats van een additief model uitkomst bieden. 3. Het opleggen van een hiërarchische structuur voor de morbiditeitskenmerken al dan niet in combinatie met aandoening-interactietermen, zoals ook gehanteerd in de vereveningsmodellen in de VS, waardoor geen over- en ondercompensaties ontstaan door verschil in overlap in de morbiditeitskenmerken en beter rekening gehouden wordt met verschillen in aandoeningzwaarte en co-morbiditeit. 4. Een multiplicatief model in plaats van een additief model overwegen, om zodoende beter rekening te houden met de scheefheid van de kostenverdeling en interacties tussen kenmerken. In het bijzonder om meer recht te doen aan ‘leeftijdsgerelateerde morbiditeitskosten. 5. Structurele hoge kosten voor zeldzame aandoeningen buiten het model om compenseren. 6. Onderzoeken of de voorspelkracht voor met name de morbiditeitskenmerken verbeterd kan worden door toevallige hoge uitschieters niet mee te nemen bij de bepaling van de morbiditeitsgerelateerde normbedragen. 7. Eventueel toekennen van een hogere compensatie voor groepen waarbij het financiële risico significant hoger is als gevolg van gezondheidsverschillen. Dit kan door het opnemen van de kapitaalkosten of het bepalen van een risico-opslag.

5.3 Verbeteren randvoorwaarden voor doelmatige zorgkostenbeheersing

Tot slot bevelen we aan om belangrijke randvoorwaarden te verbeteren, opdat investeren in kwetsbare groepen makkelijker tot betere en goedkopere zorg leidt en innovatieve bekostigingsmodellen sneller tot stand komen. Ten eerste vereist dit ontschotting van de bekostiging en organisatie van de zorg, het invoeren van integrale bekostiging en/of populatiebekostiging en het investeren in het opzetten en uitrollen van andere innovatieve bekostigingsmodellen zoals shared risk of shared savings programma’s gericht op kwetsbare groepen. Ten tweede bevelen we aan om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om verzekeraars langer voordeel te laten behouden van behaalde doelmatigheidswinsten, bijvoorbeeld door de verzekeringsduur op te rekken van 1 jaar naar zeg 5 jaar en wat de effecten daarvan zijn en/of ‘meerjarige’ normbedragen voor morbiditeitskenmerken vast te stellen.

---

[5] Kautter ea., 2014

Literatuurlijst

- Kautter, J., Pope, G.C., Keenan, P. (2014). Affordable Care Act Risk Adjustment: Overview, Context, and Challenges. *Medicare & Medicaid Research Review, 4*(3), E1-E11.
- Milliman (maart 2015). Leeftijdsafhankelijke morbiditeit in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten. WOR 722. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Maart 2015, Amsterdam.
- Milliman (april 2015). Leeftijdsafhankelijke co-morbiditeit in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten. WOR 733. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Milliman, April 2015, Amsterdam.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015). Quickscan Integrale Geboortezorg en beleidsbrief. Oktober 2015, Utrecht.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016). Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. Januari 2016, Utrecht.
- APE (2012). Overall Toets Risicovereveningsmodel somatische zorg 2013. WOR 625. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Augustus 2012, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (september 2015). Bepaling macro-deelbedragen 2016. September 2016, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (november 2015). Nieuwsbericht ‘Zorgpremie in 2016 lager dan paar jaar geleden’, 20 november 2015, Den Haag.

Bijlage 1: Toelichting berekening kapitaalkosten

Deze bijlage beschrijft de achtergrond bij het illustratieve voorbeeld over het effect van afwijkende risicoprofielen van verzekerdenportefeuilles tussen zorgverzekeraars op de kapitaalkosten per premiebetaler (zie paragraaf 1.3).

Voldoende openbare bronnen waren beschikbaar om de impact van de kapitaalkosten te analyseren. Hiervoor gebruikten wij cijfermateriaal uit DNB Statistiek en rapportages van VWS.

De volgende aannames zijn gemaakt:

1) het vereiste kapitaal SCR (Solvency Capital Requirement) wordt vastgesteld met behulp van de standaardformule, zoals voorgeschreven in de regelgeving 'Solvency II';
2) de volumemaat voor het reserverisico bedraagt ca. 34% van de volumemaat voor het premierisico;
3) het lapse risk en cat risk zijn nihil;
4) de 'SCRhealth' bedraagt 60% van de totale SCR;
5) de door zorgverzekeraars nagestreefde solvabiliteitsratio (i.e. het eigen vermogen gedeeld door de solvabiliteitskapitaalvereiste) bedraagt 140%;
6) de kapitaalkosten worden op 6% verondersteld, zoals voorgeschreven door EIOPA;
7) de duration van de risk margin wordt op 1.5 jaar verondersteld;
8) een nominale premie van € 1.204. Dit is de gemiddelde nominale premie in 2016[6];
9) het %premiebetalers is 80%[7];
10) de gemiddelde zorgkosten per verzekerde bedraagt € 2.013, voor een 'gezonde' verzekerde (zonder morbiditeitskenmerken) bedraagt dit € 1.075 en voor een 'ongezonde' verzekerde (met een of meer morbiditeitskenmerken) € 1.075.[8]

Uitgegaan is van drie vrijwel identieke verzekeraars, deze verzekeraars hebben hetzelfde aantal verzekerden, hetzelfde aandeel premie-equivalenten (80%), ze berekenen dezelfde nominale premie (€ 1.204) en ze hebben hetzelfde eigen vermogen op de balans. Het enige verschil tussen deze drie verzekeraars zit in de verhouding tussen 'gezonde' verzekerden (gedefinieerd als 'geen morbiditeitskenmerken') en 'ongezonde' verzekerden. Als basis is genomen de verzekeraar met 78% 'gezonde' verzekerden met ca. € 40 aan kapitaalkosten per premiebetaler. De analyse is uitgevoerd voor de somatische zorgkosten inclusief V&V. De GGZ kosten en het effect van het verplicht eigen risico zijn hierin niet meegenomen.

Tabel 1 geeft een schematische weergave van deze empirische illustratie.

Tabel 1: Kapitaalkosten per premiebetaler voor fictieve verzekeraar met verschillende risicoportefeuilles.

Verhouding 'gezond' / 'ongezond'	Kapitaalkosten per premiebetaler
68% / 32%	€ 50
78% / 22%	€ 41
90% / 10%	€ 30

[6] VWS, november 2015
[7] VWS, september 2015
[8] Milliman, maart 2015

NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen
De heer drs. E.B.K. van Koesveld
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Betreft systeem van risicoverevening
Datum 11-2-2016

Ons kenmerk 16.1810/FdB/MvR

Geachte heer Van Koesveld,

U heeft ons verzocht om in te gaan op het systeem van risicoverevening zoals dat wordt gebruikt in het Nederlandse zorgstelsel.

De (ex ante) risicoverevening heeft als doel het speelveld voor de zorgverzekeraars gelijk te maken zodat de acceptatie van verzekerden verplicht kan worden gesteld voor de zorgverzekeraars.
Een belangrijk doel van de risicoverevening is dan ook het garanderen van de toegang van patiënten tot de zorg.

De toegang tot de zorg wordt geëffectueerd in de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Die onderhandelingen bepalen de beschikbaarheid van zorg zowel in kwalitatieve, als kwantitatieve zin. Indien er door de risicoverdeling druk ontstaat op zorgverzekeraars om onderdelen van zorg niet in te kopen, kan de toegang tot de zorg voor bepaalde patiëntengroepen onder druk komen te staan. De werking van de risicoverevening is dus deels bepalend voor de wijze waarop zorgverzekeraars in de onderhandelingen over de zorgproductie aan de onderhandelingstafel zitten.
De onderhandelingen over de zorgproductie kunnen aan kwaliteit winnen door de specifieke effecten van de verevening voor de individuele verzekeraar, ook uit te leggen aan de zorgaanbieders aan de onderhandelingstafel. Nu is er sprake van een zekere onbalans in de informatiepositie tussen zorgaanbieders en verzekeraars, daar de aanbieders geen, of onvoldoende inzicht hebben in de effecten van de verevening voor de individuele verzekeraar.

Onderhandelingen over de zorgproductie zijn gebaseerd op de veronderstelling dat de zorgproductie voor de zorgaanbieders stuurbaar is. Voor een deel van de zorg is dit echter niet het geval. Daarbij gaat het om acute zorg, maar ook om bijvoorbeeld dure, complexe behandelingen als transplantaties, waarvan het volume onvoorspelbaar is en ook varieert per jaar en per zorgaanbieder. Maatschappelijk is het niet aanvaardbaar indien deze zorg niet maximaal wordt ingezet, zeker als dat komt door andere redenen dan zorginhoudelijke kwaliteit of, in het specifieke geval van orgaantransplantaties, de beschikbaarheid van een orgaan. Deze behandelingen zijn kostbaar, waardoor het voor individuele zorgaanbieders niet mogelijk is om het risico van het uitvoeren van meer of minder behandelingen te dragen.

Oudlaan 4 | Postbus 9696 | 3506 GR Utrecht | T +31 30 273 98 80 | E nfu@nfu.nl

Om deze reden is door de NFU en ZN een afspraak gemaakt over de nacalculatie van de kosten van deze behandelingen. Deze afspraken worden door alle zorgverzekeraars onderschreven.
De nacalculatieafspraken bij dure zorg kunnen echter voor (kleinere) zorgverzekeraars tot grote financiële consequenties leiden. Maar ook voor de grotere verzekeraars geldt dat de nacalculatieafspraken risico's vergroten hetgeen consequenties heeft voor de premieberekening.
Risicoverevening van behandelingen met hoge kosten, ondersteunt het maken van deze nacalculatieafspraken en verbetert daardoor voor deze kostbare zorg de toegankelijkheid.
Eenzelfde systematiek wordt gebruikt voor de inzet van een aantal dure geneesmiddelen.
Ook bij dure geneesmiddelen is de toegang tot de zorg, op zijn minst gedeeltelijk, gekoppeld aan de mogelijkheid om hier nacalculatieafspraken over te maken.

In de huidige verhoudingen binnen het zorgstelsel zijn de mogelijkheden om nacalculatieafspraken te maken in de praktijk beperkt. Het gemakkelijker maken van nacalculatieafspraken en deze toe te passen op een groter deel van de zorg levert dan een grote bijdrage aan de toegankelijkheid van met name dure zorg.

De risicoverevening zoals die in het huidige zorgstelsel is opgenomen, richt zich ten principale op de ex ante vast te stellen verschillen tussen de patiëntenpopulaties. Dure niet-planbare zorg kan leiden tot de ontwrichting van het zorgproces, of ontwrichting van de organisatie van zorgaanbieders indien niet op voorhand vast staat dat deze zorg altijd vergoed wordt. Indien zorgaanbieders geen garantie hebben op de vergoeding kan de situatie ontstaan dat patiëntselectie op financiële gronden uit hoofde van de continuïteit van de bedrijfsvoering moet plaatsvinden. Nu de risico's voor de umc's met de invoering van de marktwerking zijn toegenomen, is er onvoldoende ruimte om de risico's in de dure niet-planbare zorg op te vangen. Dit wordt nog versterkt door het feit dat deze zorg slechts door een beperkt aantal umc's wordt geleverd, waardoor verplaatsing van de zorg naar een ander umc over het algemeen niet aan de orde kan zijn. Patiëntselectie op financiële gronden is echter niet wenselijk. Daarom vraagt dure niet-planbare zorg om adequate nacalculatieafspraken.
Indien de noodzakelijke nacalculatie voor de zorgverzekeraars moet zijn gekoppeld aan ex post risicoverevening moet dit, voor een goed werkend stelsel, mogelijk zijn.

Met vriendelijke groet,

mr. Jacques Landman
directeur

Aan	:	Ministerie van VWS
Van	:	Winny Toersen (patiëntenfederatie NPCF) Marijke Hempenius (Ieder(in))
Onderwerp	:	Toekomst risicoverevening
Datum	:	26 februari 2016
Kopie	:	
Kenmerk:	:	2016-006

Wij danken u voor de uitnodiging om een bijdrage te leveren aan de discussie over de toekomst van de risicoverevening.

U schrijft dat beleidsvoornemens druk geven om het model nog verder te verbeteren. Daarbij noemt u het verbeteren van de compensatie van chronisch zieken en de ambitie om zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken. Wij zien spanning tussen deze beleidsvoornemens, die het functioneren van het model volgens ons belemmeren. We zullen dat in deze bijdrage toelichten.

Risicoverevening onlosmakelijk verbonden met keuzes in ons zorgstelsel

Na een analyse van de risicoverevening vanuit patiëntperspectief, staan wij in deze bijdrage stil bij de door u aangereikte vragen. Wij vinden het belangrijk te signaleren dat het model van risicoverevening en de werking daarvan onlosmakelijk verband houden met de inrichting van ons zorgstelsel. Wij zien de risicoverevening als een belangrijk middel om te zorgen dat iedereen toegang heeft tot goede en betaalbare zorg waarvan de aanspraken zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. De toekomst van de risicoverevening moet in samenhang met keuzes in het zorgstelsel worden bezien.

Risicoverevening vanuit patiëntperspectief

De minister wil via forse verbeteringen van het risicovereveningssysteem verzekeraars stimuleren om zich meer te richten op doelmatige inkoop van kwalitatief hoogwaardige zorg voor chronisch zieken en andere mensen die veel gebruik maken van zorg[1]. Daarbij stelt zij dat risicodragend maken van verzekeraars een onmisbaar onderdeel is. Het zorgt er volgens haar voor dat verzekeraars zich inspannen voor doelmatigheid in de zorg.

Wij zien in de praktijk dat goede en doelmatige zorg tot stand komt in 'de spreekkamer'. Vaak met als vertrekpunt de mogelijkheden van het zorgaanbod. En nog te weinig wat past bij de verzekerde patiënt[2]. Wat leeft in de praktijk van mensen als het gaat om het systeem van risicoverevening?

- *Meer geld naar verzekeraars en minder naar de zorg en/of premiedemping*
  Verzekeraars moeten door het verhogen van de risicodragendheid meer geld op de plank hebben. Dat geld wordt opgebracht uit de premie en kan dus niet voor zorg of premieverlaging worden gebruikt. Voor veel mensen is de zorgpremie eigenlijk al

[1] Minister Schippers, brief risicodragendheid, 1 september 2015
[2] Zie ook meldactie NPCF 'samen beslissen' 2014, en RVZ in De participerende patiënt, 2013.

onbetaalbaar, getuige de ruim 4,5 miljoen beschikkingen voor zorgtoeslag in 2015[3] en het toenemend aantal wanbetalers[4]. Voor mensen met langdurig zorggebruik komen daar nog bij het verplichte eigen risico en eigen bijdragen.

- *De zorgverzekeraar koopt in op kosten, en niet aantoonbaar op kwaliteit*
  Mensen concluderen op basis van wat ze horen en lezen dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop vooral op kosten letten. Zie uitingen zoals 'zorgverzekeraars sluiten wurgcontracten', 'zorgaanbieders mogen tekenen bij het kruisje', 'van uw zorgverzekeraar mogen wij u alleen hulpmiddel X geven', en 'dit jaar kunt u niet meer bij ons geopereerd worden want het budget van uw zorgverzekeraar bij ons is op'. De Nza signaleert in haar monitor zorginkoop dat met name afspraken worden gemaakt over financiële aspecten. Afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie komen in mindere mate aan de orde[5]. En wanneer de zorgverzekeraar niet alle beschikbare zorg inkoopt, weten mensen nauwelijks waarom en hoe de zorgverzekeraar zorgaanbod selecteert op kwaliteit. Dat is niet vreemd, want verzekeraars communiceren hier nauwelijks over.

- *Betrouwbare keuze-informatie voor mensen over de kwaliteit van zorg komt maar mondjesmaat tot stand*
  Mensen die veel zorg nodig hebben, vragen zelden om keuze-informatie bij hun verzekeraar. Zij hebben in de eerste plaats een zorgvraag waarmee zij zich moeten zien te redden en willen er op kunnen vertrouwen dat hun (huis)arts of behandelaar goede zorg levert. Ze denken dan: "Hoe weet mijn verzekeraar nou wat goede zorg is en wat goede zorg voor *mij* is?" Dat bepalen mensen liefst zelf, in overleg met (huis)arts of therapeut, naasten en op basis van ervaringen van anderen die ze vertrouwen. Er is nog weinig objectieve informatie voorhanden over wat goede zorg is en waar die wordt geleverd. Bij het kiezen van een zorgaanbieder is de verzekerde zich lang niet altijd bewust dat er iets te kiezen is. De bewust kiezende verzekerde is nu aangewezen op een groeiende maar nog beperkte groep keuzehulpen gecombineerd met patiëntervaringen[6].

- *Een zorgverzekeraar kiezen doen mensen niet op basis van kwaliteit van de zorginkoop*
  Een zorgverzekering kiezen blijkt in de praktijk voor veel mensen een lastige opgave 'zoek de echte verschillen die er voor jou toe doen'[7]. Overwegingen om over te stappen zijn gelegen in keuzevrijheid, aanvullende dekking, en/of financieel voordeel.
  Mensen die chronische zorg nodig hebben, wisselen bovendien nauwelijks van zorgverzekeraar[8]. Er zijn ons geen ervaringen van chronisch zieken bekend die van

---

[3] Rijksbegroting 2016, xvi Volksgezondheid, Welzijn en Sport
[4] NZa markscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015, september 2015
[5] NZa, Monitor zorginkoop, februari 2014
[6] Kiesbeter.nl omvat nog lang niet voor alle veelvoorkomende zorgvormen informatie. Er zijn inmiddels 17 aandoeningsgerichte vergelijkingshulpen beschikbaar via Zorgkaart Nederland.
[7] Patiëntenfederatie NPCF en Consumentenbond, Meldactie 'Keuze zorgverzekering', oktober 2015
De Consumentenbond en Patiëntenfederatie NPCF, Mijn polisprofiel
[8] Volgens de publicatie Verzekerden in beweging 2014 van Vektis (april 2014) is iets minder dan driekwart van de verzekerden nog nooit van zorgverzekeraar veranderd (sinds 2006). Deze verzekerden hebben relatief hoge zorgkosten en zijn relatief oud.

zorgverzekeraar wisselden omdat zij door overstappen toegang kregen tot kwalitatief betere zorg. We stellen ook vast dat nog maar 50.000 mensen zijn verzekerd in een patiëntencollectiviteit[9]. Met dit geringe aantal is het niet aannemelijk dat patiëntencollectiviteiten zich kunnen onderscheiden in op de doelgroep gerichte passende zorginkoop. Ook het te behalen kwantumvoordeel blijkt beperkt, getuige de relatief lage collectiviteitskorting[9].

- *Verzekeraars profileren zich niet als extra aantrekkelijk voor mensen die langdurig zorg nodig hebben.*
  Weinig mensen met chronische zorgbehoefte[10] herkennen zich in de advertenties van zorgverzekeraars. Is dat omdat zorgverzekeraars maar zeer beperkt in staat zijn om aansprekende doelmatige zorg in te kopen? Of is dat omdat het ondanks de risicoverevening, toch aantrekkelijker is voor de zorgverzekeraar om de doelgroepen uit hun advertenties binnen te halen?

Waar zien wij kansen voor verbetering?

- Wees terughoudend bij het verder risicodragend maken van zorgverzekeraars. Dit geldt in het bijzonder voor het vereveningsmodel verpleging en verzorging en de GGZ, waar de voorspellende waarde van de modellen nog niet goed genoeg is en de bekostiging van het aanbod nog volop ter discussie staat.
  Meer risico dragen draagt vooral bij aan het imago van de zorgverzekeraar als belanghebbende bij het maken van winst. Terwijl onvoldoende blijkt dat meer risico dragen aantoonbaar leidt tot een betere zorginkoop voor verzekerden. Sturen met behulp van goede voorbeelden van patiëntgerichte zorginkoop, objectieve en eenvoudig bruikbare keuze-informatie, en het benchmarken van zorgverzekeraars op kwaliteit van zorginkoop, biedt volgens ons meer kans op kwalitatief goede en doelmatige zorginkoop.

- Stimuleer de ontwikkeling van zorginkoop en dienstverlening die toegevoegde waarde heeft voor mensen. Dit vraagt een zo goed mogelijk verdeelmodel vooraf.
  Overcompenseren van chronisch zieken om verzekeraars te prikkelen goede zorg in te kopen, ook voor mensen die langdurig veel zorg nodig hebben, lijkt interessant. Maar onderzoek bevestigt dat overbetaling niet leidt tot minder prikkels tot risicoselectie en niet noodzakelijk tot een verbetering van mogelijkheden voor zorginkoop [11]. Wat dan wel? Wij denken dat goede zorginkoop door zorgverzekeraars beter moet worden beloond. Toevoegen van een vereveningskenmerk zal lastig zijn. Immers een objectief kenmerk, niet te beïnvloeden door zorgverzekeraars en gebaseerd op medisch inhoudelijke kenmerken, is niet zomaar voor handen. Maar wij vinden het de moeite waard te onderzoeken hoe in de ex-post-verevening (ervaren) kwaliteit van zorginkoop kan worden meegenomen.

- Daag zorgverzekeraars nog meer uit om gezamenlijk keuze-informatie te ontwikkelen en

---

[9] Nza, Marktscan van de Zorgverzekeringsmart, september 2015
[10] Denk bijvoorbeeld aan een mensen met COPD, reuma, diabetes, of mensen met een persoonsgebonden budget
[11] Zie brief van minister aan Tweede Kamer, d.d. 25 november 2015 betreffende onderzoeken risicoverevening.

beschikbaar te stellen aan iedereen. Maak mensen bewust dat kiezen op kwaliteit van zorg er toe doet. Laat mensen op eenvoudige wijze zien wat goede zorg is, maar ook waar en door wie deze zorg wordt geleverd. Doe dit op basis van landelijke gegevens en ontsluit de gegevens in combinatie met ervaringen van mensen.

- Geef zorgverzekerden, en langdurig zorggebruikers in het bijzonder, een veel stevigere rol in - waar mogelijk regionaal ingestoken - zorginkoopbeleid. Maak ervaren kwaliteit van leven richtinggevend voor lokale/regionale zorginkoop.

- Blijf letten op (mogelijke) risicoselectie en neem passende maatregelen op de uitkomsten.

1. Deelt u de in het begin van deze brief genoemde doelstellingen van de risicoverevening?

Wij delen de genoemde doelstelling en voegen hier aan toe dat de risicoverevening zo moet zijn ingericht dat mensen ongeacht hun aandoening of beperking toegang hebben tot goede en betaalbare zorg. Dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit, passend bij de zorgbehoefte van de verzekerde en waarbij verspilling en ongepast gebruik niet in de hand worden gewerkt.

2. In hoeverre worden deze doelen bereikt met het huidige risicovereveningssysteem? Zijn er alternatieven om deze doelen te behalen gegeven de randvoorwaarden van de Zvw?

Er zijn ons geen situaties bekend dat mensen de toegang tot een basiszorgverzekering wordt geweigerd. Daarmee verkrijgt de verzekerde ook toegang tot zorg. Maar omdat voor mensen met een chronische aandoening niet altijd voldoende compensatie wordt geboden via de risicoverevening, is er in theorie een prikkel voor de zorgverzekeraar om voor deze groepen weinig moeite te doen om goede zorg in te kopen of interessante aanvullende verzekeringen of services te ontwikkelen. We kunnen niet aantonen of dit ook echt gebeurt. Verzekeraars staan niet bekend om hun uitmuntende zorginkoop op basis van kwaliteit. De door de zorgverzekeraar bij de zorginkoop gehanteerde kwaliteitseisen worden door zorgaanbieders ter discussie gesteld en door verzekerden niet vertrouwd. Verzekerden hebben nauwelijks informatie over kwaliteit van ingekochte zorg en vinden het knap lastig om een zorgpolis te kiezen. Verzekerden kiezen hun verzekeraar of polis niet op de kwaliteit van zorginkoop.

Overcompensatie van groepen die nu voorspelbaar verliesgevend zijn in het huidige vereveningssysteem zou in theorie een impuls kunnen zijn voor zorgverzekeraars om meer werk te maken van zorginkoop voor deze groepen. Maar hebben we ook redenen om aan te nemen dat zorgverzekeraars extra werk maken van zorginkoop en service voor deze groepen? Ziet de zorgverzekeraar kansen voor betere zorginkoop voor deze groepen en gaat hij deze benutten? En zo ja, kan de zorgverzekeraar hiermee deze verzekerden ook aantrekken? Tot dusver ontbreekt het bewijs dat overcompensatie verzekeraars wel aanzet tot het realiseren van betere zorg voor deze mensen. Wij denken dat onderzoek naar mogelijkheden om zorgverzekeraars in het risicovereveningssysteem te belonen voor goede zorginkoop meer aanknopingspunten biedt voor verbetering.

De zorgverzekeraar kan de rol van regisseur van de zorg beter invullen als deze inkoopt namens alle zorgverzekeraars op basis van landelijk gemeenschappelijk gedragen kwaliteitsnormen en een regionaal/lokaal zorgplan dat met zeggenschap van inwoners tot stand komt. Dat zorgplan moet gaan over de totale zorg in een regio, met inbegrip van zorg uit Wlz en Wmo.

Verder denken wij dat het volledig risicodragend maken van zorgverzekeraars niets toevoegt aan een goede invulling van die regisseursrol. Door keuzes in zorginkoop dichterbij mensen te brengen, komt ook het belang van een betaalbare premie op tafel en kunnen afgewogen keuzes worden gemaakt.

3. In welke richting zou het risicovereveningssysteem zich moeten ontwikkelen?

Wij willen dat de inrichting van het risicovereveningssysteem bijdraagt aan een betere werking van de zorgverzekeringswet. Dus toegang tot goede zorg, betaalbaar voor iedereen ongeacht (chronische) ziekte of beperking. Wij hebben hiervoor al benoemd waar volgens ons kansen liggen voor verbetering. Die kansen hebben deels ook betrekking op het zorgstelsel.

Een goed risicovereveningsmodel blijft het uitgangspunt. Mogelijkheden voor verbetering moeten worden benut. Om te voorkomen dat er onbedoelde effecten zijn, blijft ook monitoring nodig, vooral op het niveau van kwetsbare groepen in het zorgsysteem.

4. Wat wij verder nog mee willen geven[12]

Vooropgesteld vinden wij verbeteringen van het risicovereveningssysteem belangrijk, als die bijdragen aan betere zorg voor mensen die (langdurig) zorg nodig hebben. Maatregelen die ingrijpen op de keuze van een zorgverzekering, doen dat niet. Maar kunnen wel op voor- en tegens worden onderzocht. We denken aan:

- Het heroverwegen van de mogelijkheid voor polissen met sterk beperkende voorwaarden en polissen met vrijwillig eigen risico. In het vereveningssysteem gaan verzekerden die hier voor kiezen gepaard met een positief vereveningsresultaat[13]. Risicoselectie ligt daarmee op de loer. Zonder dit polisaanbod voorkom je dat mensen die gezondheidsrisico’s voor zichzelf en/of gezinsleden niet goed inschatten, onbedoeld zorgmijders worden vanwege onverwacht hoge kosten. Of dat ze worden geconfronteerd met betalingsproblemen.

- Vereenvoudiging van het polisaanbod[14] en het extra ondersteunen van consumenten bij het beoordelen van verschillen tussen de polissen.

---

[12] De beantwoording van gesuggereerde vragen over verzekeraarsrisico, compensatie van verschillen in het model, en compensatie van tegenvallers achteraf, laten we aan anderen.

[13] Brief aan Tweede Kamer d.d. 29 januari 2016 over kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt door de NZa.

[14] In 2016 zijn er 60 verschillende basispolissen op de markt, sitebericht NZa 28-1-2016. In combinatie met beschikbare aanvullende verzekeringen en de presentatie via verschillende labels, heeft de consument keuze uit meer dan 1400 opties; ofwel een ‘polisjungle’.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen
De heer drs. E.B.K. van Koesveld
Directeur
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Behandeld door
Stefan Roskam
T 030 273 94 87
s.roskam@nvz-ziekenhuizen.nl

Datum	**Uw referentie**	**Onze referentie**	**Pagina**
17 februari 2016	-	10011624/sr.hp	1/4

Onderwerp
Fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening

Geachte heer Van Koesveld,

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om een position paper in te dienen over de toekomst van de risicoverevening.

Wij spreken allereerst onze waardering uit dat u ter voorbereiding op dit symposium naast de traditionele partijen (zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland) ook andere partijen de mogelijkheid geeft om hun visie op risicoverevening kenbaar te maken. Dit weerspiegelt in onze ogen de cruciale rol die een goede risicoverevening in het stelsel speelt en de diversiteit van de tafels waar de effecten van imperfecties in de risicoverevening neerslaan.

De NVZ hecht veel waarde aan een zorgvuldig en adequaat risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars. Hiervoor is al veel aandacht bij het ministerie van VWS, de NZa en zorgverzekeraars. Graag attenderen wij u in het position paper op de effecten die imperfecties in het risicovereveningssysteem hebben op de zorginkoop. U vindt het position paper in de bijlage.

In de kern is de NVZ van mening dat hierbij meer aandacht geschonken moet worden aan:
- het vergroten van betrokkenheid van zorgaanbieders bij de (doorontwikkeling van de) risicoverevening;
- onderzoek naar de mogelijkheden om recentere gegevens te gebruiken als basis voor het risicovereveningssysteem;
- het voorkomen dat de implementatie van innovatieve dure technologieën en geneesmiddelen door de risicoverevening worden belemmerd;
- het voorkomen van financiële prikkels in de risicoverevening die invloed hebben op de (medische) besluitvorming.

Wij zien graag de discussie tijdens het symposium eind maart 2016 tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Margot van der Starre,
directeur

Datum	Uw referentie	Onze referentie	Pagina
17 februari 2016	-	10011624/sr.hp	2/4

Position Paper 'De toekomst van de risicoverevening'
NVZ Ziekenhuizen

Inleiding

De NVZ acht het risicovereveningssysteem van cruciaal belang binnen het huidige zorgverzekeringsstelsel met gereguleerde concurrentie om een gelijk speelveld te creëren voor zorgverzekeraars. De afgelopen jaren zijn er veel stappen gezet om imperfecties in de risicoverevening te reduceren. Denk daarbij aan het vergroten van de voorspellende waarde van het model en het afschaffen van de ex-post compensatie. Daarnaast zijn er nog voldoende aangrijpingspunten gesignaleerd door de NZa ter verbetering van het risicovereveningssyteem om risicoselectie te voorkomen[1]. Voor deze doorontwikkeling van de verevening is veel aandacht bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars. Wij zullen daarom in onze position paper hier niet nader op ingaan. In onze position paper vragen wij vooral aandacht voor de effecten van het risicovereveningssyteem op de zorginkoop. Wij zien vier mogelijkheden van verbetering.

1. Rol zorgaanbieders bij risicoverevening

De risicoverevening wordt veelal in één adem genoemd met het realiseren van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie maakt dit een gerechtvaardigde focus, echter de effecten van eventuele imperfecties in de risicoverevening slaan ook neer bij zorgaanbieders. Dit komt met name tot uiting in de zorginkoop als zorgverzekeraars risico's die voortvloeien uit de risicoverevening trachten over te hevelen naar zorgaanbieders. Denk hierbij aan instrumenten als deelplafonds, doorleverplichten of te lage vergoedingen. Kennis over het systeem is voor zorgaanbieders daarom cruciaal om beleid van zorgverzekeraars in de zorginkoop beter te begrijpen. Hier is wat ons betreft nog veel winst in te behalen. De zorgaanbieders hebben hierbij een eigen verantwoordelijkheid om het kennisniveau verder op te trekken. In de ogen van de NVZ heeft het ministerie van VWS daarnaast een faciliterende rol om deze kennis te verspreiden.

Daarnaast is betrokkenheid van zorgaanbieders bij de doorontwikkeling van de risicoverevening cruciaal om ook dit perspectief te borgen. De NVZ is dan ook van mening dat de zorgaanbieders een gelijkwaardige rol moeten krijgen als de zorgverzekeraars in de doorontwikkeling van de risicoverevening. Overigens voorziet de NVZ een steeds grotere rol van zorgaanbieders bij de doorontwikkeling van de risicoverevening indien de overheid besluit om prikkels in te bouwen waardoor zorgverzekeraars zich meer richten op goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruik maken van zorg[2]. Een dergelijk 'beleidsmatig' ingrijpen c.q. overcompenseren van specifieke doelgroepen heeft het risico in zich dat andere groepen onvoldoende worden gecompenseerd en/of de continuïteit van beleid over de jaren heen onvoldoende wordt geborgd. Een suboptimaal resultaat hierbij moet wat ons betreft worden voorkomen.

[1] NZa, Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie, juni 2015
[2] Ministerie van VWS, Kamerbrief risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken (kenmerk 778022-137675-Z), 16 juni 2015

2. Vergroten actualiteit model risicoverevening

De NVZ is van mening dat in de risicoverevening gebruik gemaakt moet worden van de meest recente gegevens over patiëntenkenmerken, kosteninformatie en zorggebruik. Hoe ouder de gegevens die in de risicoverevening worden gehanteerd, des te groter is de discrepantie tussen het daadwerkelijke en het gecalculeerde risico van zorgverzekeraars.
Voor de normbedragen in de risicoverevening voor schadelastjaar *t* worden op dit moment gegevens gehanteerd uit het schadelastjaar *t-3* voor kosteninformatie en kenmerken en uit schadelastjaar *t-4* voor zorggebruik. Dit betekent dat het gecalculeerde risico minimaal drie jaar achter loopt op het daadwerkelijke risico. Een dergelijke discrepantie kan leiden tot incentives voor zorgverzekeraars om risico's die voortvloeien uit de risicoverevening over te hevelen naar zorgaanbieders. In de ogen van de NVZ moet dit zoveel mogelijk worden voorkomen.

De afgelopen jaren is in de medisch specialistische zorg veel energie gestoken in het sneller inzicht krijgen in de ontwikkeling van de zorguitgaven. Enerzijds door de doorlooptijden van de dbc-zorgproducten vanaf 2015 te verkorten naar 120 dagen en anderzijds door belemmeringen in het declaratieproces van zorgaanbieders aan te pakken. Partijen verwachten dat door deze maatregelen de schadelast (en daarmee het zorggebruik) ruim een half jaar tot een jaar eerder inzichtelijk is dan voorheen. Een sneller inzicht in de schadelast van de medisch specialistische zorg biedt ook een kans voor de risicoverevening. De NVZ is dan ook van mening dat voor het somatisch model onderzocht moet worden of het haalbaar is om het jaar *t-3* (of zelfs *t-2*) in plaats van *t-4* te hanteren voor het zorggebruik en *t-2* voor patiëntenkenmerken en kosteninformatie. De discrepantie tussen daadwerkelijk risico en het gecalculeerd risico, en daarmee het effect op de zorginkoop, wordt hierdoor verkleind.

3. Stimulatie innovatie in de zorg

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door de sterke drive om kwalitatief de beste zorg te bieden aan de patiënt. Met name in de medisch specialistische zorg leidt deze drive er toe om nieuwe technologieën en nieuwe geneesmiddelen zo snel mogelijk toe te passen als deze de kwaliteit en/of de veiligheid van de zorg bevorderen. De laatste jaren zijn er diverse voorbeelden waarbij nieuwe technologieën en geneesmiddelen echter gepaard gaan met forse financiële investeringen en/of gebruikskosten. Denk bijvoorbeeld aan de Da Vinci robot en Nivolumab. Een belangrijke voorwaarde voor gebruik van dure technologie en geneesmiddelen is een adequate en tijdige inbedding hiervan in de risicoverevening.

De NVZ constateert dat het risicovereveningssysteem nog onvoldoende compenseert voor dergelijke nieuwe dure technologieën en geneesmiddelen. Er gaan enige jaren overheen voordat nieuwe dure technologieën of geneesmiddelen wordt toegewezen aan een DKG/FKG[3] en/of is na (ad hoc) toewijzing aan een DKG/FKG de compensatie van deze groepen onvoldoende. Hierdoor worden zorgverzekeraars onvoldoende gecompenseerd voor deze dure innovaties, wat zijn neerslag heeft in de zorginkoop. Het risico bestaat daarbij dat deze zorg te beperkt wordt ingekocht of dat de bijbehorende kosten onvoldoende worden verdisconteerd in de tarieven. Het risico wordt daarmee overgeheveld naar de zorgaanbieder. De NVZ is van mening dat een meer proactieve rol op dit onderwerp dit risico kan reduceren. Wij denken bijvoorbeeld bij nieuwe dure geneesmiddelen aan het toevoegen ervan aan een FKG bij toekenning van een handelsvergunning of bij het vaststellen van de aanspraak tot de basisverzekering.

---

[3] FKG = farmaciekostengroepen, DKG = diagnose kostengroep

4. Sturen op diagnose

Primair komt het vaststellen van de diagnose en de daarbij best passende (medicamenteuze) behandeling in samenspraak tussen de patiënt en de medisch specialist tot stand. De huidige risicoverevening omvat echter nog prikkels die de afweging tot de behandeling via de inkoop kunnen beïnvloeden. Wij constateren deze risico's bij medicamenteuze behandelingen vanwege het hanteren van een FKG (behandeling) in plaats van een DKG (diagnose). Doordat medicamenteuze behandelingen worden toegewezen aan verschillende FKG ontstaat de situatie dat bij een specifieke diagnose de behandeling (of het niet behandelen) de hoogte van de compensatie in de risicoverevening bepaald. Hierdoor ontstaat een (financiële) prikkel in de zorginkoop om een specifieke behandeling met hoge compensatie te stimuleren.

De NVZ vindt het belangrijk dat nader wordt onderzocht hoe financiële incentives in de risicoverevening om specifieke (medicamenteuze) behandelingen te stimuleren middels de FKG kunnen worden gereduceerd. Hierbij vragen wij specifiek aandacht voor het verwijderen van elementen uit de risicoverevening waarbij de behandeling als uitgangspunt wordt genomen voor de verevening.

Conclusie

In de kern is de NVZ van mening dat de risicoverevening geen ongewenste invloed mag hebben op de zorginkoop, dan wel op de zorgverlening. Prikkels die reeds in de risicoverevening zijn geslopen moeten nader worden onderzocht en verwijderd. Dit vergt een bredere blik op de risicoverevening. Betrokkenheid van zorgaanbieders bij de doorontwikkeling van de risicoverevening is in onze ogen dan ook cruciaal om dit perspectief adequaat te borgen.

www.pwc.nl

Risicovereveningsmodel: een krachtig instrument met een technische grens

Visie op modelverbeteringen en inzet van alternatieve instrumenten

12 februari 2016

drs. Suzanne van Veen
drs. Rian de Jonge AAG

pwc

Doel van dit paper

Vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie in de Zorgverzekeringswet (Zvw), is een adequate werking van het risicovereveningsmodel cruciaal voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt conform de beleidsdoelen. Het doel van dit paper is bij te dragen aan de fundamentele discussie die in gang is gezet door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de werking van het huidige risicovereveningssysteem teneinde richting te geven aan de toekomst van dit systeem[1].

In dit paper concluderen wij dat met het huidige model de beleidsdoelen grotendeels, maar niet volledig worden bereikt (*Deel I*). Op basis van onze bevindingen geven wij vervolgens aan in welke richting het systeem – i.e. het ex-ante model plus alternatieve instrumenten – kan worden doorontwikkeld om de mate waarin de beleidsdoelen worden bereikt te optimaliseren. Daarbij beschrijven wij welke stappen hiervoor nodig zijn en welke belangrijke beleidsoverwegingen hiertoe invulling behoeven (*Deel II*).

Voor de goede orde merken wij op dat in de praktijk sprake is van drie ex-ante vereveningsmodellen en een eigen-risico correctiemodel[2]. Gezien het doel van dit paper wordt niet ingaan op deze modellen afzonderlijk, maar spreken wij over 'model'. Indien wij doelen op een specifiek ex-ante model, wordt dit expliciet benoemd.

Deel I: waarom de beleidsdoelen niet volledig worden bereikt

1. De beoogde beleidsdoelen

De beoogde beleidsdoelen van het risicovereveningsmodel zijn 1) het creëren van een gelijk speelveld, 2) het bevorderen van doelmatigheid en 3) het tegengaan van risicoselectie[3]. In discussies over de betekenis van deze doelen en over wanneer deze doelen bereikt worden, bestaat in de praktijk onduidelijkheid. Om deze reden besteden we eerst aandacht aan de betekenis van een "gelijk speelveld", omdat dit naar ons oordeel de basis is voor het verenigen van bovengenoemde doelen. Vervolgens wordt afgeleid hoe deze doelen bereikt kunnen worden en in hoeverre momenteel de doelen zijn bereikt.

Het primaire doel van de risicoverevening is het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Onder "gelijk speelveld" verstaan wij "*een permanente marktsituatie waarin zorgverzekeraars concurreren op premie, doelmatige inkoop en levering van diensten en kwaliteit van zorg in plaats van op het risicoprofiel van hun verzekerdenportefeuille"*. Door het verbod op premiedifferentiatie betekent dit, dat 1) een risicovereveningsmodel noodzakelijk is en 2) dat dit model niet leidt tot structurele over- of ondercompensaties voor specifieke groepen.

Volgens deze definitie wordt een gelijk speelveld alleen bereikt indien het model zorgverzekeraars adequaat compenseert voor de *verwachte* kosten volgens het risicoprofiel van hun verzekerdenportefeuille, gegeven de gemiddelde doelmatigheid van alle zorgverzekeraars in de markt. Een belangrijke afweging voor de beleidsmaker is voor welke kosten compensatie gewenst is (i.e. risicosolidariteit beoogt is)[4].

Adequate compensatie houdt in dat het totaal aan bijdragen (nagenoeg) gelijk zijn aan de gemiddeld *verwachte* kosten voor *alle homogene risicogroepen* op basis van leeftijd, geslacht en gezondheid, zodat de gemiddeld verwachte onder- en overcompensaties (nagenoeg) gelijk zijn aan nul. Indien de *gerealiseerde* financiële resultaten na verevening op zorgverzekeraarsniveau gelijk zijn, is *niet* per definitie sprake van een gelijk speelveld. Dit is omdat deze resultaten het gevolg kunnen zijn van een toevallige samenstelling van de portefeuilles, waardoor de onder- en overcompensaties voor specifieke groepen elkaar bij toeval opheffen[5]. Ook onder- of overcompensaties voor individuele verzekerden of incidentele onder- en overcompensaties voor homogene groepen zijn *niet* geschikt om te bepalen in hoeverre de beoogde beleidsdoelen bereikt zijn. De enige geschikte methode hiervoor is het in kaart brengen van structurele onder- en overcompensaties op het niveau

---

[1] Brief van het Ministerie van VWS, 2015a.
[2] Eijkenaar et al., 2015.
[3] Zie onder andere de toelichting van het Concept voor de Regeling risicoverevening 2016 en de brief van het Ministerie van VWS, 2015a.
[4] Onder "kosten" worden in de context van de risicoverevening zorgkosten verstaan. Echter, voor een verzekeraar zijn ook andere kosten, zoals administratieve kosten en kapitaalskosten van belang. In de huidige opzet van de verevening wordt geen rekening gehouden met de impact van verschillen in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille op deze andere kostencomponenten. Bijvoorbeeld, bij een relatief ongunstige portefeuille gelden hogere kapitaalvereisten en risicomarges ten opzichte van een relatief gunstige portefeuille via de wijze waarop de hogere budgetbijdrage doorwerkt in het breed premiebegrip (het *verzekerings*risico onder Solvency II). Daarnaast leidt meer zorggebruik tot hogere administratieve lasten. Het is van belang dat de beleidsmaker zich realiseert dat het bestaan van dit soort verschillen in kosten, die volgen uit verschillen in risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille tussen zorgverzekeraars, eveneens afbreuk kan doen aan een gelijk speelveld. Waar gewenst kan de beleidsmaker acties in gang zetten om een gelijk speelveld ook op deze punten te bewerkstelligen. Verder geldt dat er kostenverschillen zijn, waarvoor geen compensatie gewenst is. Dit zijn bijvoorbeeld verschillen in doelmatigheid. Een gelijk speelveld houdt dus *niet* in dat per definitie alle soorten kostenverschillen tussen zorgverzekeraars verevend dienen te worden.
[5] Selectief overstapgedrag wijzigt per direct een 'gelijk speelveld'. In deze tijdelijke marktsituatie kunnen substantiële financiële prikkels zijn om groepen te selecteren, bijvoorbeeld door niet in te spelen op de specifieke preferenties van bepaalde groepen.

van specifieke homogene risicogroepen waarvoor compensatie gewenst is[6].

In geval van een gelijk speelveld, gegeven bovenstaande definitie, wordt de nominale premie bepaald door de doelmatigheid van de individuele zorgverzekeraar en *niet* door het risicoprofiel van zijn portefeuille. In deze marktsituatie ondervinden zorgverzekeraars geen financiële prikkels tot risicoselectie en worden ze gestimuleerd te concurreren op 1) doelmatigheid en 2) het inspelen op de preferenties van verzekerden. Bovendien wordt doelmatigheidswinst behaald bij juist die groepen die zorg nodig hebben; immers, op gezonde verzekerden wordt nauwelijks tot geen doelmatigheidswinst behaald. Merk op dat risicoselectie niet alleen het weren van verzekerden met ongunstige ziekterisico's betreft. Het gaat om alle (bedoelde of onbedoelde) acties waardoor de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd[7]. Een voorbeeld is het opzetten van collectiviteiten. Ook leidt risicoselectie tot verschraling van zorg of ontmoediging van innovaties.

De mate waarin de beoogde beleidsdoelen worden bereikt, hangt in belangrijke mate af van de voorspelkracht van het ex-ante model en de keuze voor welke kosten en groepen verevening wordt beoogd.

2. Voorspelkracht van het huidige ex-ante model

Het Nederlandse ex-ante model voor de somatische zorg behoort wereldwijd momenteel tot een van de meest geavanceerde modellen[8]. Internationaal gezien onderscheidt dit model zich van anderen door het relatief groot aantal morbiditeitscriteria, zoals de farmaciekostengroepen (FKG), diagnosekostengroepen (DKG), meerjarig hoge kosten groepen (MHK) en hulpmiddelenkostengroepen (HKG). Sterke punten van het Nederlandse model zijn ook de beschikbaarheid van individuele data voor de gehele populatie en de mogelijkheid tot koppeling aan externe databestanden.

Ondanks dat het Nederlandse model voor de somatische zorg geavanceerd is, hebben verschillende empirische studies aangetoond dat dit model alsnog niet in staat is voor bepaalde specifieke hoog-risico groepen de zorgkosten adequaat te voorspellen. De geldt bijvoorbeeld voor personen met een of meer chronische aandoeningen, zoals Diabetes Mellitus, COPD, of hartfalen[9,10]. Van Veen (2016) heeft groepen geïdentificeerd die *structureel* ondergecompenseerd worden over drie voorgaande jaren[11]. Onder- en overcompensaties die fluctueren van jaar op jaar zijn niet van belang gezien het doel van het risicovereveningsmodel. Daarentegen, structurele gemiddelde onder- of overcompensaties voor specifieke groepen moeten gereduceerd worden vanwege de financiële prikkels tot risicoselectie. Dit leidt immers niet tot een gelijk speelveld. Een zorgverzekeraar met een relatief ongunstig risicoprofiel wordt structureel voorafgaand aan het contractjaar met een verwacht verlies geconfronteerd. Deze zorgverzekeraar dient hierdoor de nominale premie te verhogen met als mogelijk gevolg dat de relatief gunstige verzekerden overstappen, of hij kan het verwachte verlies accepteren. Beide scenario's leiden tot bedrijfseconomische problemen. Dit leidt er ook toe dat de zorgverzekeraar niet inspeelt op de preferenties van groepen die ondergecompenseerd worden. Dit zijn veelal verzekerden met één of meer chronische aandoeningen en daarmee juist die groepen die zorg nodig hebben.

Idealiter compenseert het model dus zorgverzekeraars zodanig, dat zij geen financiële belemmering ondervinden om in te spelen op de preferenties van patiëntengroepen en/of willen investeren in innovaties. Ongeacht de vereveningsbijdrage, zal een verzekeraar altijd de schadelast willen reduceren. Echter, structurele ondercompensaties zijn een probleem, zodra deze dusdanig hoog zijn dat bepaalde investeringen niet gedaan worden omdat ze niet rendabel zijn en het bijvoorbeeld wel rendabel is risico's te selecteren.

Bovenstaande bevindingen zijn gebaseerd op het model voor de somatische zorg. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat het model voor de (langdurige) geestelijke gezondheidzorg (lGGZ/GGZ) wel adequaat de kosten voorspelt voor specifieke groepen. Zeker niet vanwege het feit dat de zorgkosten voor de lGGZ/GGZ bij een selectieve groep zijn geconcentreerd. Met het huidige model is het moeilijk om zorgkosten adequaat te voorspellen voor kleine groepen met (extreem) hoge zorgkosten.

3. Grens aan de voorspelkracht van het ex-ante model

In de afgelopen vijf jaren zijn relatief veel modelverbeteringen doorgevoerd in verhouding tot de ontwikkelingen over de afgelopen 20 jaar[12]. Door toevoeging van kenmerken worden de zorgkosten voor enkele

---

[6] van Veen, 2016.
[7] van Kleef et al., 2013; NZa, 2015.
[8] Beck et al., 2003; Buchner et al., 2013; Kautter et al., 2014; Shmueli, 2015; van Kleef et al., 2014; van de Ven et al., 2007; van Veen, 2016.
[9] van Kleef et al., 2012a, 2012b, 2014; van Veen et al., 2016.
[10] Het bediscussiëren van de evaluatiemethode op het niveau van groepen uit een gezondheidsenquête valt buiten de scope van dit paper.
[11] Deze studie was uitgevoerd op het model van 2013. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat het huidige model de zorgkosten nu wel adequaat voorspelt voor de geïdentificeerde groep met een structurele ondercompensatie, zeker niet gezien de overgehevelde zorgvormen (bijvoorbeeld wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg). De kosten van deze zorgvormen zijn geconcentreerd bij een relatief kleine groep waarvoor het lastig is om de zorgkosten adequaat te voorspellen, gegeven de huidige modelspecificaties.
[12] Een voorbeeld is het uitbreiden van de set van vereveningskenmerken in het model voor de somatische zorg met MHK (sinds 2012), HKG (sinds 2014) en generieke somatische morbiditeit (GSM) (in 2015), zie van Kleef et al., 2012a; Eijkenaar et al., 2013, 2014, 2015.

groepen nu beter voorspeld dan voorheen. Echter, de marginale meeropbrengsten van de modelverbeteringen nemen af[13]. Er is namelijk een theoretische maximumgrens aan de voorspelbaarheid van de variantie in zorgkosten[14]. Bovendien wordt dit maximum in de praktijk niet bereikt doordat kenmerken dienen te voldoen aan beoordelingscriteria; zoals, beschikbaarheid en kwaliteit van data, validiteit, betrouwbaarheid en de juiste prikkelwerking voor risicoselectie en doelmatigheid[15]. Wanneer een model zich ontwikkelt richting deze grens, is het moeilijker een nieuw kenmerk te ontwikkelen dat een relatief grote bijdrage levert aan de voorspelkracht, zonder de basisopzet van het model te veranderen.

Deel II: richting voor de toekomst

Kernvraag is *hoe* de beoogde beleidsdoelen (meer) volledig bereikt kunnen worden. Het heeft de voorkeur het vereveningsmodel te verbeteren zolang dit technisch mogelijk is tegen niet excessieve uitvoeringskosten.

Recent onderzoek geeft goede indicaties dat het ex-ante model verbeterd kan worden met beschikbare WOR-data[6,16]. Hieronder beschrijven wij enkele potentiële modelverbeteringen, die zijn gericht op groepen met verwachte structurele ondercompensaties. Voor de goede orde merken wij op dat dit ook betekent dat de complementaire groep met overcompensatie wordt gecorrigeerd.

Daarnaast beschrijven wij alternatieve instrumenten voor twee bijzondere typen groepen waarvoor het moeilijk, zo niet onmogelijk, is zorgkosten adequaat te voorspellen, gegeven de huidige modelspecificaties, de grens aan het model en beleidsmatige overwegingen van de beoordelingscriteria[15].

4. *Oplossingsrichtingen en beleidsoverwegingen*

4.1 *Het verbeteren van de voorspelkracht van het ex-ante model*

De voorspelkracht van het model kan verbeteren door toevoeging van nieuwe vereveningskenmerken en/of door aanpassingen van de huidige modelopzet. Daarnaast is het gewenst om kenmerken gebaseerd op kosten uit het verleden te vervangen door kenmerken gebaseerd op morbiditeit ten behoeve van doelmatigheid.

Toevoegen van nieuwe vereveningskenmerken aan het model

Een mogelijke verklaring voor structurele ondercompensaties is heterogeniteit in de verwachte zorgkosten binnen de risicoklassen van de huidige vereveningskenmerken. Binnen deze klassen is homogeniteit nodig om structurele onder- en overcompensaties te reduceren, waardoor de zorgkosten beter voorspeld worden.

Potentiële nieuwe kenmerken die de heterogeniteit binnen klassen kunnen reduceren zijn het toevoegen van 1) meerjarige DKG's[17] en 2) kenmerken gebaseerd op nader te bepalen interactietermen van een DKG, FKG, MHK en/of HKG. Dit is op gedetailleerder niveau dan GSM. Onderzoek heeft uitgewezen dat meerjarige DKG's en interactietermen de voorspelkracht voor specifieke groepen verbetert in het somatische model[6]. Nader onderzoek toont aan welke interactietermen het meest relevant zijn gegeven de huidige kenmerken, rekening houdend met alle criteria. Voor het GGZ-model kunnen vergelijkbare kenmerken toegevoegd worden.

Voor het definiëren van interactietermen kan gedacht worden aan gebruik van gedetailleerde data waarop de huidige DKG's, FKG's en HKG's zijn gebaseerd. Gebruik van deze data dient nader onderzocht te worden. Deze data kan interactietermen op gedetailleerd diagnoseniveau mogelijk maken, die de voorspelkracht vergroten. Wanneer deze gedetailleerde data over meerdere jaren wordt gebruikt, kunnen verklaringen voor de heterogeniteit binnen de huidige klassen worden onderzocht. Denk daarbij aan het ziekteverloop van bepaalde (chronische) aandoeningen, waarin in het beginstadium relatief hoge kosten gemaakt worden. Deze hoge kosten worden gevolgd door een daling van de kosten zodra de ziekte onder controle of genezen is, of juist een stijging zodra complicaties of co-morbiditeit optreden. Dit soort informatie is waardevol voor verdere modelverbeteringen en/of aanpassing van huidige kenmerken.

Een andere manier om heterogeniteit (deels) te reduceren kan gezocht worden in gebruik van "frequency-severity" modellen. Binnen de actuariële wetenschap worden deze modellen gebruikt om de voorspelling van de schades te splitsen in aparte schattingen voor claimfrequentie en claimhoogte. Een dergelijke splitsing biedt inzicht in de context van het huidige vereveningsmodel, bijvoorbeeld om onderscheid te maken tussen verzekerden met een chronische aandoening waarvan de ziekte onder controle is en verzekerden met dezelfde aandoening waarvan de ziekte nog in een beginstadium is en/of complicaties optreden. Dit onderscheid blijkt

---

[13] van Kleef et al., 2012a.
[14] De exacte theoretische grens op basis van huidige databestanden is ons onbekend. Newhouse et al. (1989) en van Vliet (1992) hebben de grens berekend op ~25% voor extramurale zorg en ~15% voor intramurale zorg. Deze schattingen zijn inmiddels bijgehaald met het huidige model voor de somatische zorgkosten, vanwege de beschikbaarheid en kwaliteit van data.
[15] Ministerie van VWS, WOR 760, 2015b.
[16] WOR-data (Wetenschappelijk Onderzoek Risicoverevening) is de dataset waarop het model in de praktijk daadwerkelijk geschat wordt.
[17] Het meerjarig karakter bestaat uit het toevoegen van DKG's uit meerdere voorgaande jaren. Ook kan gedacht worden aan meerjarige FKG's of HKG's. Hiervan verwachten wij echter dat deze 'stabieler' zijn dan DKG's en daardoor meerjarigheid minder extra voorspelkracht biedt: dezelfde type medicijnen en/of hulpmiddelen worden, bijv. bij chronische aandoeningen, veelal voor meerdere jaren gebruikt.

uit verschillen in het aantal artsbezoeken of ander zorggebruik[18]. De verwachting is dat beide groepen verschillende vervolgkosten hebben die nu samen in één klasse vallen. Voor zover ons bekend is nog geen onderzoek gedaan naar de toepassing van dergelijke modellen in de context van risicoverevening.

De verwachting is dat bovengenoemde nieuwe kenmerken de gemiddelde onder- en overcompensaties voor enkele specifieke groepen reduceert. Mogelijk nemen voor andere groepen onder- en overcompensaties toe[6]. Bij besluitvorming over modelwijzigingen is het dan ook van belang aandacht te besteden aan beide effecten.

Naast het toevoegen van nieuwe kenmerken is het waardevol te onderzoeken hoe het model vereenvoudigd kan worden door samenvoeging van klassen met soortgelijke kostenpatronen. Ook wordt bijgedragen aan de transparantie van het model als geen nieuwe kenmerken/klassen aan het model vanuit (politieke) overwegingen *zonder* bijdrage aan de voorspelkracht worden toegevoegd.

Aanpassen van de huidige modelopzet

Om de voorspelkracht van het model te verbeteren kan ook gedacht worden aan modelmatige aanpassingen door andere schattingstechnieken en/of modelspecificaties. Momenteel wordt een additief model gebruikt. Additieve modellen zijn bekritiseerd voor het voorspellen van zorgkosten, omdat andere specificaties – zoals een multiplicatief model – beter in staat zijn rekening te houden met de scheefheid van een kostenverdeling[19]. Ook kan gedacht worden aan “constrained regression”[20] of alternatieve niet-analytische technieken, zoals data mining. Alhoewel dergelijke modellen en technieken eigenschappen hebben die passen bij het adequaat voorspellen van scheve kostenverdelingen en/of complexe associaties, is het op voorhand niet duidelijk in hoeverre een overgang naar een ander type model daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de voorspelkracht. Daarnaast is niet duidelijk of daarmee aan alle beoordelingscriteria kan worden voldaan. Om deze vragen te beantwoorden is aanvullend onderzoek nodig. In ieder geval is duidelijk dat een overgang naar dergelijke modellen en technieken de complexiteit van het model vergroot en aanvullende aannames over modelspecificatie op basis van expert judgement behoeft ten opzichte van de huidige additieve modelopzet.

Vervangen van kenmerken gebaseerd op kosten uit het verleden

Als laatste, de mate waarin het model doelmatigheid stimuleert, wordt mede bepaald door de typen kenmerken die in het model zijn opgenomen[21]. Immers, kenmerken gebaseerd op *kosten* uit het verleden bevorderen niet de doelmatigheid[22]. Momenteel zijn enkele van deze typen kenmerken onderdeel van het model. Bij voorkeur worden deze kenmerken vervangen door morbiditeitskenmerken. Ook kan de invloed van historische kostenniveaus (deels) beperkt worden door rekening te houden met (regionale) verschillen in doelmatigheid. Mogelijk kunnen bovengenoemde “frequency-severity” modellen gebruikt worden om praktijkvariatie (deels) te kwantificeren. Indien geen alternatieven voorhanden zijn voor deze ‘ongewenste’ kenmerken, ontstaat een trade-off tussen risicoselectie en doelmatigheid.

4.2 Hybride model voor specifieke groepen met onvoorspelbare zorgkosten

De zorgkosten van bepaalde typen groepen zijn voorafgaand aan het jaar niet voorspelbaar vanuit het perspectief van de overheid en zorgverzekeraar. Duidelijke voorbeelden zijn de zorgkosten gerelateerd aan geboortezorg, eerste levensjaar en laatste levensjaar. Voor geboortezorg wordt verevend op gemiddeld niveau via hoofdzakelijk de klassen ‘vrouw 25-29’, ‘vrouw 30-34’ en ‘vrouw 35-39’, echter niet specifiek voor de groep zwangere vrouwen. Een verzekeraar die zich inzet voor deze doelgroep wordt op dit moment financieel gestraft. Dit is in onze ogen een ongewenste prikkel. Voor kosten eerste levensjaar en kosten laatste levensjaar geldt dat het niet financieel aantrekkelijk is om te investeren in neonatologie en geriatrie. Dit is vanwege de grotere kans op extreem hoge kosten voor de groepen die dit betreft en dat de huidige compensatie voor deze groepen onvolledig is. Het is dan ook belangrijk zorgverzekeraars adequaat te compenseren hiervoor.

Informatie over geboorte en sterfte wordt gedurende het bijdragejaar bekend. Dit betekent dat het mogelijk is na afloop van het bijdragejaar gericht indicatoren voor zorgkosten gerelateerd aan geboortezorg, eerste en laatste levensjaar vast te stellen. Op basis van die indicatoren kan een bijdrage bepaald worden, in aanvulling op de zuivere ex-ante bijdrage. In feite ontstaat dan een hybride model over twee jaren, waarbij verklaringselementen worden toegevoegd aan het voorspelmodel[23]. Gezien het doel van de risicoverevening vinden wij het belangrijker gericht de compensaties voor enkele specifieke groepen te verbeteren door bepaalde verklaringselementen aan het voorspelmodel toe te voegen, dan strikt vast te houden aan een theoretisch modeltype dat leidt tot onvoldoende compensaties voor deze specifieke groepen. Alternatieven zijn het opzetten

[18] Hierbij dient uiteraard rekening gehouden te worden met (regionale) verschillen in de case-mix en praktijkvariatie.
[19] Duan et al., 1983; Manning & Mullahy, 2001; Manning et al., 2005.
[20] van Kleef et al., 2015.
[21] Stam, 2007.
[22] Dit is omdat een verzekeraar die doelmatigheidswinst heeft behaald wordt gestraft en vice versa, bijvoorbeeld door de indeling in groepen op basis van *gerealiseerde* kosten.
[23] Voor een voorbeeld van een hybride model zie Luft & Dudley, 2004.

van een pool voor deze risico's tussen alle zorgverzekeraars, of het achteraf compenseren van een deel van de gerealiseerde zorgkosten met een aanvullende bijdrage.

Door adequate compensatie voor deze specifieke groepen in te richten wordt het financieel nadeel weggenomen, dat een belemmering vormt voor het inspelen op de preferenties van deze groepen.

4.3 Alternatieve instrumenten voor een kleine specifieke groep met structureel extreem hoge zorgkosten

Een relatief kleine specifieke groep in de populatie heeft structureel extreem hoge zorgkosten; bijvoorbeeld de groep met zeldzame aandoeningen. Voor deze groep is het moeilijk de kosten adequaat te verevenen, omdat 1) het lastig is gericht kenmerken te ontwikkelen die vooraf toetreding tot deze groep voorspellen, 2) deze groep kosten heeft die ver boven het maximumbedrag ligt dat met het model (€~150.000 vs. €>500.000) voorspeld wordt en 3) er na toetreding tot deze groep sprake is van *structureel* zeer hoge kosten. Momenteel ontvangen zorgverzekeraars dan ook structureel een substantiële ondercompensatie voor deze groep.

Dit soort risico's met extreem hoge verwachte claimkosten is vergelijkbaar met het soort risico's die bij andere verzekeraars 1) wordt gekenmerkt als onverzekerbaar (i.e. het is een zeker voorval), 2) een te hoge kans op een claim heeft en dus wordt geplaatst onder speciale regelingen of vangnetten, zoals bijvoorbeeld Rialto bij WA dekkingen voor automobilisten, of 3) wordt herverzekerd om de extreme risico's niet geheel zelf te dragen. Analoog hieraan vinden wij dat een alternatief instrument ingezet dient te worden om gericht de compensatie voor deze specifieke groep te verbeteren. Vier alternatieve instrumenten zijn denkbaar, die verschillen in de mate waartoe de totale bijdragen vooraf bepaald worden.

Een eerste manier is om een separaat ex-ante model te schatten voor de groep met structureel extreem hoge zorgkosten. Dit betekent dat zorgverzekeraars aparte bijdragen krijgen voor deze groep en de resterende populatie. Deze bijdragen zijn volledig ex-ante bepaald.

Een tweede manier is om een hybride model te schatten, waarbij zorgverzekeraars ex-ante bijdragen ontvangen op basis van de kenmerken in het model, aangevuld met een bijdrage achteraf voor de groep met extreem hoge kosten op basis van ofwel indicatoren en kenmerken, ofwel gerealiseerde zorgkosten. Dit is conform ons voorstel in 4.2.

Een derde manier is om voor de groep met extreem hoge zorgkosten een apart compensatieregime buiten de ex-ante verevening op te zetten. Er zijn meerdere alternatieven mogelijk voor de inrichting van dit regime. Het Zorginstituut stelt vooraf vast welke verzekerden in aanmerking komen voor een vergoeding tot het volledig achteraf compenseren op basis van gerealiseerd zorgkosten[24]. Om de doelmatigheidsprikkel niet volledig weg te nemen kunnen zorgkosten vergoed worden tot een vooraf vastgesteld percentage, zoals bij quota share herverzekeringscontracten gebeurt. Wanneer (een deel van de zorgkosten van) deze specifieke groep buiten beschouwing blijft bij de modelschatting is het goed mogelijk dat de onder- en overcompensaties voor het resterende deel van de populatie (substantieel) gereduceerd worden.

Een vierde manier is het opzetten van een pool voor deze risico's tussen alle zorgverzekeraars.

De genoemde instrumenten zijn relatief eenvoudig en nemen financiële belemmeringen om in te spelen op de preferenties van de specifieke groep (grotendeels) weg.

Conclusie

Onze visie op de toekomst van het risicovereveningsysteem is dat het noodzakelijk is het ex-ante model te verbeteren. Elke mogelijkheid om dit te realiseren moet aangegrepen worden om de beoogde beleidsdoelen te verenigen. Enkele mogelijke modelverbeteringen zijn in dit paper concreet belicht.

Er is echter een technische grens aan de voorspelkracht van een voorspelmodel. Deze voorspelkracht wordt in de praktijk verder beperkt als gevolg van beoordelingscriteria (zoals beschikbaarheid van data en transparantie) en beleidsoverwegingen over voor welke kosten en voor welke groepen compensatie is gewenst. Het gevolg hiervan is dat het ex-ante model voor sommige specifieke groepen de kosten niet adequaat kan voorspellen. Om deze reden vinden wij het verstandig alternatieve aanvullende instrumenten in te zetten om adequaat te compenseren voor (een deel van de) kosten van enkele specifieke groepen, zoals zwangere vrouwen, eerste levensjaar en laatste levensjaar en verzekerden met structureel extreem hoge kosten.

Het verbeteren van het ex-ante model in combinatie met de inzet van alternatieve instrumenten neemt structurele onder- en overcompensaties voor specifieke groepen weg en draagt daarmee bij aan het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Wij zien wij dan ook aanknopingspunten voor verdere doorontwikkeling van het vereveningssysteem en dan specifiek het ex-ante model. Hierdoor worden de met verevening beoogde beleidsdoelen in grotere mate bereikt dan op dit moment gebeurt.

---

[24] Voor alternatieve inrichtingen van dergelijke compensatieregimes zie van Barneveld et al., 2009.

A. Bronvermelding

* van Barneveld, E.M., Lamers, L.M., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2001). Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a trade-off between selection and efficiency. *Journal of Health Economics*, 20, 147-168.
* Beck, K., Spucher, S., Holly, A., Gardiol, L. (2003). Risk Adjustment in Switzerland. *Health Policy. 65*, 63-74.
* Buchner, F., Goepffarth, D., Wasem, J. (2013). The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences. *Health Policy*, *109*, 253-262.
* Concept voor de Regeling risicoverevening 2016. Toelichting. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag.
* Duan, N., Manning, W.G., Morris, C.N., Newhouse, J.P. (1983). A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of Business & Economic Statistics, 1*(2), 115-126.
* Eijkenaar, F., van Kleef, R.C., van Veen, S.H.C.M., van Vliet, R.C.J.A. (2013). Onderzoek risicovereveningsmodel 2014: berekening normbedragen. WOR 658. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
* Eijkenaar, F., van Kleef, R.C., van Veen, S.H.C.M., van Vliet, R.C.J.A. (2014). Onderzoek risicovereveningsmodel 2015: berekening normbedragen. WOR 711. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
* Eijkenaar, F., van Kleef, R.C., van Veen, S.H.C.M., van Vliet, R.C.J.A. (2015). Onderzoek risicovereveningsmodel 2016: berekening normbedragen. WOR 749. Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
* Kautter, J., Pope, G.C., Keenan, P. (2014). Affordable Care Act Risk Adjustment: Overview, Context, and Challenges. *Medicare & Medicaid Research Review*, *4*(3), E1-E11.
* van Kleef, R.C., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2012a). Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen,* 90(5), 312-326.
* van Kleef, R.C., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2012b). Risicoverevening 2012. Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau. Onderzoeksrapport, Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, Rotterdam.
* van Kleef, R.C., van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C.J.A. (2013). Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities, and effects. *Expert Review of Pharmaeconomics & Outcomes Research*, 13(6), 743-752.
* van Kleef, R.C., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2014). Risicoverevening 2014 voor de somatische zorg. Analyse van uitkomsten op subgroepniveau. *Research report*, Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, Rotterdam.
* van Kleef, R.C., McGuire, T.G., van Vliet, R.C.J.A., van de Ven, W.P.M.M. (2015). Improving risk equalization with constrained regression. NBER Working paper series, national bureau of economic research, *NBER Working paper* No. 21570.
* Luft, H.S., Dudley, R.A. (2004). Assessing Risk-Adjustment Approaches under Non-Random Selection. Insquiry – Excellus Health Plan, Summer 2004, 41, 2, 203-217.
* Manning, W.G., Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics, 20*, 461-494.
* Manning, W.G., Basu, A., Mullahy, J. (2005). Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. *Journal of Health Economics, 24*, 465-488.
* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015a). Fundamentele discussie over de toekomst van de risicoverevening, brief van 8 december 2015. Den Haag.
* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015b). WOR 760. Actualisatie toetsingskader. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
* Nederlandse Zorgautoriteit (2015). Tussenrapport Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie. Eerste inzichten. Juni 2015, Utrecht.
* Newhouse, J.P., Manning, W.G., Keeler, E.B., Sloss, E.M. (1989). Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization. *Health Care Financing Review*, 10(3), 41-54.
* Regeling risicovervening 2016. Geldend op 10-12-2015. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag.
* Shmueli, A. (2015). On the calculation of the Israeli risk adjustment rates. *European Journal of Health Economics*, 16, 271-277.
* Stam, P.J.A. (2007). Testing the effectiveness of risk equalization models in health insurance. *Ph.D. Dissertation*, Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
* van Veen, S.H.C.M. (2016). Evaluating and Improving the Predictive Performance of Risk Equalization Models in Health Insurance Markets. *Ph.D. Dissertation*, Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Optima Grafische Communicatie, Rotterdam.
* van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., van de Voorde, C., Wasem, J., Zmora, I. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83, 162-179.
* van Vliet, R.C.J.A. (1992). Predictability of Individual Health Care Expenditures. *The Journal of Risk and Insurance*, 59(3), 443-461.

B. Definitielijst

Begrip	Definitie
Gelijk speelveld	Een permanente marktsituatie waarin zorgverzekeraars concurreren op de premie, doelmatige inkoop en levering van diensten en kwaliteit van zorg in plaats van op het risicoprofiel van hun verzekerdenportefeuille.
Ondercompensatie	De voorspelde zorgkosten zijn lager dan de gerealiseerde zorgkosten.
Overcompensatie	De voorspelde zorgkosten zijn hoger dan de gerealiseerde zorgkosten.
Risicoselectie	Acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd (van Kleef et al., 2013).
Verzekeringsrisico/ Verzekeraarsrisico	Dit is het risico dat de premie ontoereikend is voor dekking van toekomstige zorgkostenclaims en het risico dat aanwezige technische voorzieningen ontoereikend zijn voor de afwikkeling van reeds lopende zorgkostenclaims. Zie hiervoor ook Art. 105, lid 4 van de Solvency II-richtlijn. Het *verzekerings*risico is iets anders dan het *verzekeraars*risico. Onder het verzekeraarsrisico valt namelijk het totale risico op basis waarvan de solvabiliteitseis vastgesteld wordt onder Solvency II, waaronder onder andere ook het operationeel risico en het marktrisico vallen. In discussies over het vereveningsmodel worden deze termen vaak gebruikt om aan te duiden welke risico's bij zorgverzekeraars horen te liggen. Dit betreft dan feitelijk de *verzekerbaarheid* van een risico, waarbij ook nog de vraag is in hoeverre het risico door een enkele verzekeraar gedragen zou moeten worden of dat het risico gedeeld moet worden met meerdere partijen.
Voorspelkracht	De mate waarin de voorspelde zorgkosten aansluiten bij de gerealiseerde zorgkosten.

C. Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
DKG	Diagnose Kosten Groepen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSM	Generieke Somatische Morbiditeit
FKG	Farmacie Kosten Groepen
HKG	Hulpmiddelen Kosten Groepen
lGGZ	Langdurige Geestelijke Gezondheidszorg
MHK	Meerjarig Hoge Kosten Groepen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
WOR	Wetenschappelijk Onderzoek Risicoverevening
Zvw	Zorgverzekeringswet

Position paper Risicoverevening

Namens Significant: Rosa Remmerswaal, Maria Schipper, Loes Koster, Jan Reitsma, Henk van Vliet, Coby Peeters, Wouter Jongebreur en Ruud Plu
19 februari 2015

Kwalitatief goede, toegankelijke zorg die voor iedereen betaalbaar is, is een groot goed in de Nederlandse gezondheidszorg. De betekenis van deze drie doelen kan men bezien vanuit de verschillende rollen van stakeholders in de zorg, namelijk de patiënt (of verzekerde), zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het Nederlandse zorgstelsel wordt geroemd om het systeem van concurrerende verzekeraars en hun marktpositie ten opzichte van de zorgaanbieders. In 2014 is dit systeem dan ook uitgeroepen tot het beste zorgstelsel van Europa (Health Consumer Powerhouse, 2015). Bij het schrijven van onze visie op het risicovereveningssysteem nemen wij het zorgstelsel, zoals Nederland sinds 2006 kent, als een gegeven.

Rekening houdend met de huidige vormgeving van de risicoverevening, waarbij het budget dat afkomstig is van een inkomensafhankelijke premie gestort in het Zorgverzekeringsfonds en dat via risicoverevening wordt verdeeld over de zorgverzekeraars, geven wij in deze paper drie mogelijkheden om anders tegen het systeem aan te kijken: als eerste kijken wij naar de aansluiting van de doelen van het risicovereveningssysteem op de huidige ingezette modellen. Vervolgens beschrijven wij in hoeverre de risicoverevening aansluit bij de rol van verzekeraars. Tot slot geven wij onze visie op in hoeverre het huidige systeem past bij toekomstige ontwikkelingen in de zorg.

Doelstelling van de risicoverevening moet zich beperken tot het borgen van een gelijk speelveld voor verzekeraars en het tegengaan van risicoselectie

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderkent verschillende doelen van het risicovereveningssysteem. De risicoverevening is primair bedoeld om het gelijke speelveld voor verzekeraars te borgen, waarbij risicoselectie wordt tegengegaan. Ook wordt het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door verzekeraars als belangrijk doel van de risicoverevening genoemd. De huidige kwaliteit van de modellen, die de kosten van verzekerden op verzekeraarsniveau zeer goed kunnen voorspellen, dragen naar ons inziens bij aan de eerste twee doelen.

Wij betwijfelen echter of de risicoverevening ook bijdraagt aan een doelmatigere uitvoering van de zorg. Dit wordt veroorzaakt door zowel de compensatie achteraf (ex post), als de compensatie vooraf (ex ante). Bij de compensatie achteraf is het bekend dat dit middel de prikkels voor doelmatigheid verkleint; een deel van de verliezen wordt immers achteraf weer vergoed. Niet voor niets wil daarom de minister deze vorm van verevening afschaffen.

Bij de verevening vooraf worden met name verzekerden gecompenseerd die in het voorafgaande jaar (of jaren) hoger dan gemiddelde zorgkosten hadden. Ook hier speelt de vraag of deze verevening doelmatigheid voor deze groepen verzekerden stimuleert: als alle meerkosten die gemaakt worden voor deze groep verzekerden worden gecompenseerd, dan is er geen reden voor de zorgverzekeraar om voor deze verzekerden te sturen op meer doelmatige zorg. Wanneer immers kosten voor een groep verzekerden met een chronische aandoening worden bespaard, dan zal een verzekeraar in een volgend jaar voor deze groep verzekerden minder worden verevend.

Dit kan twee implicaties hebben. Enerzijds kun je beredeneren dat een doelmatige zorg niet een van de doelstellingen zou moeten zijn van het risicovereveningssysteem. Anderzijds rijst de vraag welk alternatief er is om het budget te verdelen over de verzekeraars, wil de prikkel van doelmatige zorg zo groot mogelijk zijn.

Als alternatief voor de risicoverevening kan het budget dat uit het Zorgverzekeringsfonds komt naar rato van het aantal verzekerden aan zorgverzekeraars worden toegekend. Op deze manier krijgen de verzekeraars een sterkere prikkel voor doelmatigheid: besparingen in zorgkosten komen direct terug bij de verzekeraar zelf. Zeker grote zorgverzekeraars zijn ons inziens goed in staat om de hoge kosten die sommige verzekerden hebben op te vangen en hiermee ook hun zorgplicht te kunnen vervullen. Omdat kleine zorgverzekeraars meer last hebben van toevallige, niet voorspelbare hoge fluctuaties in de gedeclareerde zorgkosten - zij hebben immers minder buffer om deze fluctuaties op te vangen - zou het risicovereveningssysteem voor deze groep een deel van het budget van het Zorgverzekeringsfonds kunnen reserveren om deze fluctuaties (achteraf) te compenseren.

Rol van verzekeraars met betrekking tot niet verzekerbare kosten

Als wij uitgaan van de doelstellingen van de risicoverevening om een level playing field te creëren voor zorgverzekeraars en risicoselectie te voorkomen, rijst de vraag welke risico's gedekt moeten worden. Volgens de definitie is een verzekeraar immers:

> *Een financiële onderneming die zich tegen het verkrijgen van een zeker bedrag (premie) jegens een andere partij (de verzekeringnemer) verbindt tot het doen van één of meer uitkeringen* ***indien een bepaalde onzekerheid*** *zich voordoet.*

Wij komen twee soorten risico's tegen:

a. Voorspelbare risico's die veelal gepaard gaan met chronische ziekte die hoge kosten met zich meebrengen;
b. Niet-voorspelbare risico's die hoge kosten met zich mee kunnen brengen, maar niet vooraf ingeschat kunnen worden.

Omdat zorgverzekeraars voor de basisverzekering een acceptatieplicht hebben van *alle* verzekerden, ligt een compensatie van de *voorspelbare* zorgkosten voor de hand. Het risicovereveningssysteem zorgt voor een dergelijke compensatie. Hoge kosten zijn *voorspelbaar* wanneer kenmerken van verzekerden worden gebruikt die samenhangen met hoge zorgkosten in de toekomst. En zoals eerder

gezegd, het gaat hierbij veelal om kenmerken die iets zeggen over de chroniciteit van een aandoening.

Idealiter compenseert het risicovereveningssysteem een zorgverzekeraar dus niet voor de niet-voorspelbare hoge kosten, dit is immers het risico van de verzekeraar. Dit betekent dat kenmerken slechts als risicovereveningskenmerk worden geselecteerd wanneer het betreffende kenmerk inhoudelijk samenhangt met de chroniciteit van een aandoening. Bij de verbetering van de modellen stellen wij dan ook voor om standaard in twee fases de verevende kenmerken te selecteren. Eerst dient een inhoudelijke toets plaats te vinden of het kenmerk een voorspeller is van chroniciteit, vervolgens zouden pas statistische maatstaven in de keuze betrokken mogen worden.

Mogelijke bijvangst van deze twee faseringen is dat het aantal verevende kenmerken in de verschillende modellen afneemt en hierdoor tevens de interpreteerbaarheid van de modellen toeneemt.

Behoud van gezondheid in het risicovereveningssysteem

Naast de vraag of het risicovereveningssysteem in de huidige situatie passend is, vinden wij het van belang om recente ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorgvraag mee te nemen in een mogelijke hervorming van de risicoverevening. Ten eerste is het zorglandschap en de bijbehorende financiering de afgelopen jaren meer versnipperd geworden. De zorg wordt hierdoor betaald vanuit vier domeinen, namelijk via de zorgverzekering, de Wet langdurige zorg, door gemeenten (Jeugdwet en Wmo) en het ministerie van Veiligheid en Justitie (forensische zorg). Een tweede grote gaande verandering is de transformatie die de gezondheidszorg ondergaat van ‘disease management’ (zorg en ziekte) naar ‘health management’ (gedrag en gezondheid). Door de urgentie die is ontstaan door toegenomen kosten in de zorg, vergrijzing en toename van chronische aandoeningen bestaat een gedeeld besef dat er meer aandacht mag zijn voor het behoud van gezondheid.

Wij zijn ervan overtuigd dat het risicovereveningssysteem beter kan aansluiten bij deze twee ontwikkelingen.

Het risicovereveningssysteem gaat op dit moment uit van de zieke verzekerde: het systeem verevend de voorspelbare zorgkosten die een zorgverzekeraar maakt. Voor de voorspelling worden, naast demografische gegevens, kenmerken die direct samenhangen met de ongezondheid van een verzekerde gebruikt. Hierbij kun je denken aan risicoklassen gebaseerd op geneesmiddelen die gebruikt worden bij specifieke diagnoses, specifieke diagnoses die andere kosten dan kosten voor geneesmiddelen met zich meebrengen en meerjarige hoge zorgkosten.

Wanneer wij het denken over de gezondheidszorg willen kantelen van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid, dan is hiervoor een ander systeem noodzakelijk, waarbij zorgverzekeraars worden gestimuleerd om te investeren in preventie. Omdat zorg niet integraal wordt bekostigd, is het van belang dat zorgverzekeraars hierbij samenwerking zoeken met bijvoorbeeld gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo. Dit betekent dat het ministerie van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport een deel van het budget dat nu via de risicoverevening terechtkomt bij zorgverzekeraars reserveert om investering in preventie bij zorgverzekeraars te stimuleren. Bijvoorbeeld via een apart model die verzekeraars stimuleert om bij specifieke doelgroepen preventie in te zetten.

Pas op de plaats

Al met al heeft Nederland met de risicoverevening een uniek instrument in de hand om de werking van het zorgstelsel te behouden en te stimuleren. Wel zijn wij van mening dat tien jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet en daarmee ook het risicovereveningssysteem, wij een pas op de plaats moeten maken. We doen er goed aan de doelen van de risicoverevening te beperken tot het systeem zelf (dus het verevenen van voorspelbare risico’s en het beperken van risicoselectie), alleen voorspelbare risico’s te verevenen en het bevorderen van gezondheid te belonen.

sirm
strategies in regulated markets

Risicoverevening: geen geneesmiddel voor alle kwalen

In de inleiding van VWS staat dat met risicoverevening drie doelen worden nagestreefd. Allereerst is het van belang om een gelijk speelveld te creëren. Daarnaast beoogt risicoverevening risicoselectie tegen te gaan. Ook wordt een doelmatige zorginkoop nagestreefd door zorgverzekeraars.

Tinbergen heeft ons geleerd dat één beleidsinstrument nimmer kan worden gebruikt om meer doelen tegelijkertijd na te streven. Als dat toch wordt geprobeerd, wordt geen van deze doelstellingen volledig behaald. Er moet een keuze worden gemaakt voor één van de drie doelstellingen als het volledig bereiken daarvan de voorkeur verdient. Vervolgens is de precieze vormgeving van het risicovereveningsmodel afhankelijk van de betreffende keuze.

Het is niet aan een onderzoeksbureau om keuzes te maken over de precieze doelstelling voor de inzet van risicoverevening als beleidsinstrument. Wij kunnen wel inzicht geven in de overwegingen die ten grondslag liggen aan deze keuze. In dit position paper zetten we deze overwegingen uiteen. We besluiten met een conclusie en het agenderen van de consequenties van deze overwegingen voor de vormgeving van de vereveningsformule.

1 Een gelijk speelveld is niet goed toetsbaar

Het nastreven van een gelijk speelveld houdt in dat de verschillende zorgverzekeraars ongeacht hun achtergrond en positie dezelfde resultaten *kunnen* behalen. Dat betekent dat zorgverzekeraars gecompenseerd moeten worden voor *ex ante* kostenverschillen waarop deze verzekeraars geen invloed uit kunnen oefenen. In de klassieke economische interpretatie is er sprake van een gelijk speelveld bij een gelijke uitgangspositie van verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt.

Bij deze doelstelling is het primair van belang om vast te stellen wat het verzekeraarsrisico is en wat de risico's zijn waarvoor verzekeraars niet verantwoordelijk zijn. Het is op dit moment niet evident waarvoor verzekeraars wel en niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden. Dat zien we terug in de vormgeving van het huidige risicovereveningsmodel, waarin bijvoorbeeld in de regiocomponent factoren voor het historische zorgaanbod zijn verwerkt. Centraal hierbij staan de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en hun beïnvloedingsmogelijkheden.

In de huidige praktijk wordt een gelijk speelveld in termen van de financiële resultaten van de risicodragers beoordeeld. De interpretatie is dan dat het speelveld van deze risicodragers gelijker is naarmate hun financiële resultaten – de gerealiseerde kosten minus de compensaties via de risicoverevening – dichter bij elkaar liggen. Dit betreft een *ex post* beoordeling van het gelijke speelveld, omdat de gerealiseerde kosten hierbij een rol spelen. Een dergelijke beoordeling gaat voorbij aan de vraag welk deel van dit resultaat door de zorgverzekeraar zelf veroorzaakt wordt.

Een andere beoordelingswijze van het gelijke speelveld op het niveau van de risicodragers dan de huidige ex post benadering is helaas niet voorhanden. Daarvoor is het immers nodig om de gerealiseerde kosten te schonen voor het deel waarvoor de risicodragers zelf verantwoordelijk zijn.

In de internationale wetenschappelijke literatuur wordt de vaststelling van deze 'acceptable costs' echter (nog) als een onbegaanbare weg beschouwd.

Een andere reden waarom de ex post beoordeling van het gelijke speelveld op het niveau van de risicodragers geen aangrijpingspunten biedt voor de verbetering van de vereveningsformule illustreert het volgende fictieve voorbeeld. Stel dat vier grote risicodragers een identieke verzekerdenportefeuille met dito financieel resultaat hebben aan het eind van het jaar. Hoewel hier volgens een ex post beoordeling sprake is van een gelijk speelveld, kan dit speelveld het jaar erop zomaar verstoord zijn als een risicodrager zou besluiten (via bijvoorbeeld collectieve contracten of zorginkoop) zich sterker te gaan richten op gezonde dan op ongezonde verzekerden. De vereveningsformule moet bestendig zijn tegen dergelijke verschuivingen in verzekerdenportefeuilles, ook al ging er geen alarm af bij de toets op het gelijke speelveld.

Het gelijke speelveld is om deze redenen ongeschikt als doelstelling van de risicoverevening.. Dat geldt a fortiori voor een beoordeling van het gelijke speelveld in termen van de verklaarde variantie (R^2) op het niveau van de risicodragers.

2 Tegengaan van ongewenste risicoselectie

Een beoordeling van de vereveningsformule op het niveau van de risicodragers biedt geen soelaas. In plaats daarvan moet de beoordeling plaatsvinden op het niveau van specifieke subgroepen van verzekerden. De eerste vraag die vervolgens gesteld moet worden is: welke subgroepen?

Om risicoselectie tegen te gaan, moet het risicovereveningsmodel een adequate compensatie bieden voor alle groepen verzekerden die een verzekeraar kan onderscheiden. Zorgverzekeraars beschikken over informatie over hun verzekerden om risicoprofielen op te stellen. Het blijkt echter niet haalbaar en soms zelfs ongewenst om verzekeraars te compenseren voor alle groepen verzekerden die zij zelf kunnen identificeren. Er zijn drie redenen waarom dit niet haalbaar is.

- Binnen iedere subgroep – met voor een ieder een gelijke compensatie via de vereveningsformule – kan steeds een subgroep met een positief resultaat en een subgroep met een negatief resultaat worden onderscheiden. De ultieme consequentie daarvan is dat dit een risicovereveningsmodel met bijna 17 miljoen kenmerken vergt, waarbij een verzekerde voor iedere individuele verzekerde een individuele compensatie ontvangt.[1]

- Voor subgroepen met een te kleine omvang is geen plaats in de vereveningsformule, omdat geen stabiele compensatie (in de tijd) kan worden vastgesteld. We bevelen een statistische power toets aan om dit per subgroep te beoordelen (bijv. 0,5‰ van de GGZ verzekerden met extreem hoge kosten). Voor deze kleine subgroepen ligt een oplossing buiten het risicovereveningsmodel meer in de rede.

[1] Visser, J.S., J. Sonneveld en P.J.A. Stam (2014) *Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening.* Den Haag: SiRM.

- Het blijvend toevoegen van groepen verzekerden leidt tot belemmeringen in de uitvoerbaarheid van het model. Nu worden alleen groepen verzekerden toegevoegd aan het model. Het verdient echter aanbeveling om naast de toevoeging van groepen ook jaarlijks te onderzoeken of groepen uit het risicovereveningsmodel verwijderd kunnen worden, om ruimte te maken voor nieuwe groepen waarvan de noodzaak om deze op te nemen groter is ("snoeien om te groeien").

Daarnaast is het niet gewenst om alle subgroepen in de vereveningsformule op te nemen over wie verzekeraars informatie hebben. In het publieke debat gaat de aandacht vooral uit naar polissen die op gunstige doelgroepen zijn gericht. De risicoverevening wordt daarbij gezien als hét instrument om dit tegen te gaan door toevoeging van deze doelgroepen aan de vereveningsformule. Bij deze aanpak kunnen een aantal kanttekeningen worden geplaatst.

- Zo bieden verzekeraars niet alleen polissen aan gunstige doelgroepen aan, maar is er bijvoorbeeld een dynamische markt van (ongunstige) collectiviteiten die met gemeentelijke sociale diensten worden afgesloten. Niet alle risicoselectie hoeft daarmee ongewenst te zijn, zolang die de zorginkoopfunctie van verzekeraars en de kwaliteit van de zorgverlening aan haar verzekerden ten goede komt. Dergelijk gewenst doelgroepenbeleid hoeft verder niet beperkt te blijven tot relatief groepen ongezonde verzekerden, maar kan ook gericht zijn op groepen gezonde verzekerden (bijv. om preventie te stimuleren).

- Het ongeclausuleerd toevoegen van groepen verzekerden kan ten koste gaan van de prikkels tot doelmatigheid. Dat doet zich voor als de winsten en verliezen op deze subgroepen worden veroorzaakt door factoren die (deels) tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraars behoren. Een eenzijdige focus op het wegnemen van de prikkels tot risicoselectie zet de doelmatigheidsprikkels in de zorg onder druk, waardoor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid in het geding komen.

3 Het bevorderen van doelmatigheid

De derde mogelijke doelstelling voor het risicovereveningsmodel is om een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet te stimuleren. Doelmatige uitvoering betekent dat een zorgverzekeraar actief (zorginkoop)beleid voert om niet-noodzakelijke kosten te voorkomen en de (zorg)kwaliteit te vergroten. Dat kan door preventie bij zijn verzekerden, maar ook door efficiënte zorg in te kopen. Het nastreven van deze doelstelling van doelmatigheid leidt er toe dat zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om de zorg efficiënter te maken.

Doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet stelt grenzen aan de toevoeging van groepen aan de vereveningsformule vanwege het tegengaan van prikkels tot risicoselectie. Daarmee is sprake van een afweging tussen de prikkels tot risicoselectie en doelmatigheid. Dat heeft tot gevolg dat sommige groepen verzekerden met onder- en overcompensaties bewust niet in de vereveningsformule worden opgenomen.

De afweging tussen de prikkels tot risicoselectie en doelmatigheid wordt in de praktijk van de risicoverevening niet expliciet gemaakt. Deze afweging wordt verder bemoeilijkt doordat de overheid (nog) geen scherpe grens heeft getrokken tussen het deel van de kostenvariatie waarvoor de verzekeraars verantwoordelijk zijn en naar meer doelmatigheid wordt gestreefd, en het deel waarvoor verzekeraars gecompenseerd moeten worden. Dergelijke expliciete keuzes zijn temeer noodzakelijk bij overhevelingen van zorgprestaties naar de Zvw, zoals de extramurale V&V. Centraal bij die heroverweging staat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, verzekerden en rijksoverheid.[2]

Naast een expliciete keuze is een directe link tussen de bekostiging van de zorgaanbieders en het risicovereveningsmodel wenselijk. Een directe link tussen bekostiging en risicoverevening leidt tot inzicht bij zorginkopers in de effecten van de zorginkoop. Deze link tussen bekostiging en risicoverevening ontbreekt thans.

De link tussen risicoverevening en bekostiging kan worden verbeterd door zowel de bekostiging als de risicoverevening aandoeningsspecifiek in te richten. Nu zijn beide systemen vooral behandelingsgericht. Zo vormt de DBC-bekostiging van ziekenhuizen een vergoedingssysteem gebaseerd op specifieke behandelingen. Ook de DKG's, FKG's en HKG's in de risicoverevening worden vastgesteld op basis van de uitgevoerde behandeling. In een aandoeningsspecifiek systeem berust de vergoeding voor zowel de zorgaanbieder (bekostiging) als de zorgverzekeraar (risicoverevening) op de aandoening in plaats van op de behandeling. De hoogte van de declaratie is gelijk voor patiënten met een vergelijkbare aandoening en onafhankelijk van de uitgevoerde behandeling.

Alle kenmerken die niet berusten op aandoeningen kunnen op termijn zowel uit de bekostiging als uit de risicoverevening verdwijnen. Dit betekent dat de kenmerken SES, AVI en regio komen te vervallen. De definitie van de morbiditeitskenmerken (FKG, DKG en HKG) moet worden aangepast, zodat deze onafhankelijk wordt van de behandeling.

Een aanvullende optie om de doelmatigheidsprikkels te vergroten is om de zgn. methode Schokkaert te volgen waarmee de compensaties worden gecorrigeerd voor bijvoorbeeld praktijkvariatie tussen zorgaanbieders.[3]

De kern van ons voorstel is om steeds een expliciete keuze te maken bij de toevoeging van subgroepen aan de vereveningsformule, zodanig dat de compensaties aan verzekeraars aansluiten op de gekozen verantwoordelijkheidsverdeling. Op lange termijn moet het risicovereveningsmodel dan berusten op gegevens over de diagnose en/of de diagnostiek in combinatie met kenmerken die het prevalentierisico weergeven. Tegelijk met de risicoverevening dient dan ook de bekostiging te worden aangepast.

[2] Stam, P.J.A., J.S. Visser, en R. Goudriaan (2015) *Risicoverevening is geen panacee.* Economisch Statistische Berichten 100 (4720): 624–27.

[3] Koerhuis, S. , J.S. Visser, X. Koolman en P.J.A. Stam (2016), nog niet gepubliceerd.

4 Agenda

Het centrale doel van de risicoverevening moet zijn het tegengaan van prikkels tot risicoselectie, onder de beperkende randvoorwaarde dat de prikkels tot doelmatigheid in tact blijven. Indachtig Tinbergen ligt het optimum van de risicoverevening aldus tussen deze twee doelstellingen in. In dit optimum is tevens sprake van een gelijk speelveld in de klassieke economische zin, zonder dat dit afgeleide doel zelf een rol speelt bij de beoordeling van de vereveningsformule.

Het bereiken van dit optimum vereist dat de volgende stappen worden gezet:

1. Jaarlijks onderzoek of groepen uit het risicovereveningsmodel kunnen worden gehaald. Dit onderzoek moet beginnen met het expliciet maken van een beoordelingskader voor de verwijdering van groepen uit het risicovereveningsmodel. Een mogelijkheid hiervoor is om een powertoets uit te voeren voor alle kenmerken. Op die manier ontstaat ruimte in het risicovereveningsmodel voor het toevoegen van nieuwe groepen met een grotere impact.

2. Bij de toevoeging van nieuwe subgroepen aan het risicovereveningsmodel een expliciete afweging tussen doelmatigheid en risicoselectie maken. Het is het noodzakelijk dat hiervoor in het beoordelingskader een criterium wordt ontwikkeld.

3. Doorontwikkeling van de FKG's, DKG's en HKG's tot groepen verzekerden met een vergelijkbare aandoening, die onafhankelijk zijn van de uitgevoerde behandeling.

4. Het vinden van een oplossing buiten het risicovereveningsmodel voor de subgroepen waarvoor het risicovereveningsmodel geen soelaas biedt door kleine aantallen en heterogeniteit (bijvoorbeeld zeldzame ziekten als de ziekte van Pompe, maar ook de extreme kosten in de gGGZ).

5. Los van alle bovenstaande argumenten lijkt het ons zinvol om het proces om tot aanpassingen in het risicovereveningsmodel te komen verder te structureren door:

   a. een meerjarenagenda te maken op basis van de uitkomsten uit de position papers;
   b. kennis mobiliseren door zorgaanbieders te betrekken bij het onderzoeksprogramma en bij de begeleiding van de onderzoeken;
   c. een vier-ogentoets uit te voeren bij de berekening van de definitieve normbedragen;
   d. het beoordelingskader explicieter te maken, zodat de beoordeling van alle onderzoeken op gelijke wijze plaatsvindt.

Naast gelijk speelveld ook gelijke risico's
Pas prioriteiten en randvoorwaarden aan

1. Inleiding

Coöperatie VGZ (VGZ) is een groot voorstander van een discussie, waarin reflectie plaatsvindt op de doelen van het risicovereveningssysteem en de mate waarin deze doelen bereikt worden. Vanuit het streven van de minister om het systeem zo in te richten dat zorgverzekeraars zich meer richten op chronisch zieken en kwetsbare ouderen, is het systeem per 1-1-2016 aangepast. Daarnaast staat er voor de komende jaren een aantal aanpassingsvoorstellen in het onderzoeksprogramma dat de minister met de Tweede Kamer heeft gedeeld.

Voordat ingrijpende aanpassingen aan het systeem plaatsvinden, past een fundamentele discussie. Daarin moet stil gestaan worden bij de vraag wat er aanvullend nog nodig is om de doelen van de risicoverevening te realiseren en hoe die zich verhouden tot de (technische) grenzen van het systeem. VGZ wil graag een toegevoegde waarde leveren in die discussie. Daarom gaan we dan ook graag in op de uitnodiging tot het schrijven van een position paper.

Onderstaand is onze bijdrage aan de discussie beschreven. Daarin geven we allereerst een samenvatting van onze conclusies. Die worden vervolgens onderbouwd door beantwoording van de vraag in welke mate de in 2004 vastgestelde doelen van het risicovereveningssysteem gerealiseerd zijn en waar, naar onze mening, aanpassingen c.q. onderzoek naar aanpassingen zou moeten plaatsvinden om de beoogde doelen verder te realiseren. Tot slot staan we stil bij de rol die wij voor de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) zien om tot realisatie van doelstellingen te komen.

2. Samenvatting van onze conclusies

VGZ vindt dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) in de afgelopen 10 jaar heeft bijgedragen aan het betaalbaar houden van de zorg in Nederland. Vanaf 2006 was het primaire doel het creëren van een level playingfield. Met de afschaffing van de ex post correctiemechanismen in 2017 kan, vanuit politiek oogpunt, gesteld worden dat dit doel behaald is. Het sluit goed aan bij onze eerdere pleidooien voor het afschaffen van de ex post correctiemechanismen. En als er mogelijk nog oneffenheden in het level playingfield zitten dan kunnen deze ook langs de as van juiste compensatie voor chronisch zieken verevend worden.

De andere doelstelling van het risicovereveningssyteem, het juist compenseren van chronisch zieken[1], is nog niet gerealiseerd. Wij pleiten er daarom voor om de focus bij de verbeteringen aan het systeem te richten op een juiste compensatie van deze doelgroep. Wij zien in de huidige vormgeving daarbij twee prominente aandachtspunten:

- De problematiek van het gemiddelde: het model is nu zodanig vormgegeven dat een groep verzekerden met het zelfde (gezondheids)kenmerk, maar die in een andere fase van een ziekte zit, toch eenzelfde normatieve vergoeding krijgt toegewezen. Zorgverzekeraars lopen daardoor, als zij door een goede zorginkoop meer (potentieel) zwaardere chronische patiënten aantrekken, tegen hoge, niet gecompenseerde kosten op. Daarom blijft het voor zorgverzekeraars ook aantrekkelijk zich te richten op relatief gezonde mensen. Vanuit dit perspectief is het belangrijk om de problematiek van het gemiddelde minder scherp te maken, of beter, op te lossen.
- De voorspelbare excessieve kosten: bij verzekerden die vooraf voorspelbaar een substantieel hogere kans hebben op extreem hoge zorgkosten is het model niet in staat om die adequaat te compenseren.

[1] Memorie van Toelichting op de Zorgverzekeringswet (29 763 Nr. 3 Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)) van 24 september 2004

Om het probleem van het gemiddelde op te lossen pleiten wij, in paragraaf 5 van dit paper, voor onderzoek naar een betere aansluiting van het model bij het verloop van een chronische ziekte en de vereveningsbijdrage op te splitsen naar de diverse fases van een ziektebeeld. Hierdoor wordt er een betere aansluiting op de voorspelde kosten gerealiseerd.

Voor het opvangen van voorspelbare excessieve kosten pleiten wij, in paragraaf 6, ervoor om de financiering van deze kosten via een ex ante landelijke pooling te organiseren. Dit betekent wel dat er een concessie gedaan moet worden aan de uitgangspunten en randvoorwaarden van het model. Echter gegeven de verwachte verbetering van het model achten wij dit noodzakelijk.

Als deze twee punten sterk verbeterd zijn, dan blijft het van belang om specifieke chronische zieken op te sporen en op te nemen als kenmerk in het risicovereveningsmodel. Dit blijft van belang totdat er geen aanwijsbare groepen meer zijn die substantiële afwijkende risico's kennen ten opzichte van de verwachte zorgkosten in de risicoverevening. Zolang er sprake is van over- en ondercompensatie en het model onevenwichtig is, ziet VGZ deze onevenwichtigheid liever ten gunste komen van de chronisch zieken dan de relatief gezonde mensen.

3. Beleidsmatige doelen van de risicoverevening

Voordat we de vraag beantwoorden in welke mate de beleidsmatige doelen van de risicoverevening gerealiseerd zijn, staan we stil bij de beschrijving van die doelen ten tijde van de invoering van de Zvw.

In 2006 is de Zvw ingevoerd. Het moment waarop particuliere, publieke en private verzekeraars, met heel verschillende groepen verzekerden, onder één wet werden gebracht. Alle verzekerden kregen te maken met gelijke aanspraken en een gelijke premie. Zorgverzekeraars moesten iedereen accepteren. Om hier, vanuit een actuarieel oogpunt, aan te kunnen voldoen werd de risicoverevening ingevoerd. Een vergelijkbaar systeem als de ziekenfondsbudgettering onder de Ziekenfondswet. In de Zvw staan geen doelstellingen voor de risicoverevening. Daarvoor moeten we in de Memorie van Toelichting zijn (zie voetnoot 1 op pagina 1). Die geeft aan dat de risicoverevening als doel heeft om het financieel nadeel voor zorgverzekeraars, als gevolg van de acceptatieplicht, te voorkomen. De acceptatieplicht kan ertoe leiden dat er zorgverzekeraars zijn die een onevenredig groot aantal mensen met een slecht verzekeringsrisico in hun verzekeringsportefeuille krijgen. Gegeven de achtergrond van de verschillende domeinen waaruit de zorgverzekeraars afkomstig waren, betrof het geen academische exercitie. Daarom heeft dit onderwerp de afgelopen tien jaar veel aandacht gekregen en is ook bekend onder de term 'gelijk speelveld' of 'level playingfield'.

Naast bovenbeschreven doelstelling is in de Memorie van Toelichting nog een ander doel beschreven. Door de risicoverevening hebben zorgverzekeraars geen financieel nadeel, als ze zich, door goede zorg te verlenen aan chronisch zieken, aantrekkelijk maken voor deze groepen. Anders geformuleerd: bewuste of onbewuste selectie van gunstige risico's wordt hiermee ontmoedigd dan wel ondervangen. Dit doel wordt vaak aangehaald als het voorkomen van 'risicoselectie'[2]. Echter in de huidige context zou het beter zijn om te spreken over de 'juiste compensatie voor chronisch zieken'.

Als er voldoende invulling gegeven wordt aan bovenstaande doelen, dan resulteert een kostenverschil tussen zorgverzekeraars als gevolg van doelmatige zorginkoop en efficiënte uitvoering van de Zvw. De zorg blijft dan betaalbaar en toegankelijk voor iedereen. Precies wat beoogd is met marktwerking.

Bij deze constatering is het wel van belang om vast te stellen wat we onder een chronisch zieke en een juiste compensatie verstaan. Onder een juiste compensatie verstaan we een compensatie die aansluit bij de verwachte zorgkosten. Helaas wordt er, noch in de Zvw, noch in de Memorie van Toelichting, een definitie gegeven van een chronisch zieke. De minister duidt de chronisch zieken als 'verzekerden die in het huidige vereveningsmodel worden ingedeeld bij een specifieke kostengroep'. Hoewel dit een pragmatische operationalisatie is van het begrip chronisch zieke, is het geen werkbare definitie om te meten of de doelstelling gehaald wordt. Immers het model is zo vormgegeven dat per definitie de groepen die binnen het model geoormerkt zijn, precies een normuitkering krijgen ter hoogte van de verwachte zorgkosten. Oftewel,

[2] Het gebruik van de term risicoselectie in de wet en Memorie van toelichting komt niet overeen met de definitie zoals die in de literatuur wordt gebruikt (Van de Ven, Van Kleef, Van Vliet (2015), in Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 93/ 2015 nummer 4).

vanuit de definitie van de minister werkt het risicovereveningsmodel perfect en is deze doelstelling gehaald. De definitie doet daarbij echter geen recht aan groepen van chronisch zieken die nog niet in het model zijn opgenomen en dus niet per definitie correct gecompenseerd worden. Dit maakt het ook moeilijk om vast te stellen of de betreffende doelstelling van de risicoverevening is behaald. Bij de vaststelling daarvan richten wij ons daarom op de in het onderstaande kader beschreven toelichting op de term ‘chronische ziekten’.[3]

In het algemeen worden chronische ziekten omschreven als irreversibele (onomkeerbare) aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Een chronische ziekte onderscheidt zich verder door een langdurig beroep op de zorg.

Afgemeten aan de aard van de ziekte en het ziektebeloop kunnen drie typen chronische ziekten onderscheiden worden. Hieronder vallen zowel somatische (inclusief oncologische) als psychiatrische aandoeningen:

- levensbedreigende ziekten, zoals kanker, beroerte en anorexia;
- aandoeningen die tot periodiek terugkerende klachten leiden, zoals astma, epilepsie en manische depressiviteit;
- aandoeningen die progressief verslechteren en invaliderend van aard zijn, zoals chronisch hartfalen, diabetes, COPD en dementie.

Daarnaast is er sprake van comorbiditeit en multimorbiditeit. Comorbiditeit gaat uit van een extra aandoening als gevolg van de eerste aandoening (zoals bijvoorbeeld hart- en vaatziekten in geval van diabetes mellitus). Er is sprake van multimorbiditeit wanneer er meer dan één chronische ziekte optreedt tijdens een bepaalde periode.

4. Zijn de beleidsmatige doelstellingen van de risicoverevening behaald?

Bij de beantwoording van deze vraag richten we ons op de twee doelstellingen zoals die bij de invoering van de Zvw in de Memorie van Toelichting zijn beschreven en eerder in dit paper zijn toegelicht.

4.1 Het behalen van een gelijk speelveld.

Vanaf 2006 is er veel aandacht geweest voor het creëren van een gelijk speelveld. Het per 2017 definitief afbouwen van de ex post correctiemechanismen, die vooral op verzekeraarsniveau waren ingericht, geeft aan dat de overheid op dit moment het vertrouwen heeft dat het vereveningsmodel voldoende voorziet in het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en is daarmee een politieke werkelijkheid. Het sluit overigens goed aan bij onze eerdere pleidooien voor het afschaffen van de ex post correctiemechanismen, juist omdat deze op verzekeraarsniveau de markt verstoorden.

4.2 Het behalen van de juiste compensatie voor chronisch zieken.

Voordat we op dit onderwerp ingaan, verwijzen we naar hetgeen in het onderstaande kader is beschreven. Het geeft aan vanuit welke optiek we tot onze visie op het behalen van de juiste compensatie voor chronisch zieken zijn gekomen.

Een (verzekerings)wiskundige invalshoek voor de risicoverevening

Doordat in de Zvw het verbod op premiedifferentiatie, een uniform verzekerde aanspraak en acceptatieplicht is opgenomen, ontstaat voor de zorgverzekeraar een actuariële mismatch. Namelijk bij een uniform verzekerde aanspraak voor verzekerden met een verhoogde kans op zorgkosten zal de zorgverzekeraar een hogere premie willen stellen. Dit is wettelijk niet mogelijk en vanuit het oogpunt van solidariteit ook niet wenselijk. Door invoering van de risicoverevening zou de doorsnee premie een actuariële premie moeten zijn, of met andere woorden door de risicoverevening zal de verzekeraar een adequate dekking voor het risicoprofiel van zijn verzekerden hebben, en is het vragen van een hogere premie niet nodig. Deze benadering van de risicoverevening geeft ook direct antwoord op de vraag in welke richting het risicovereveningsmodel zich zal moeten ontwikkelen. Namelijk dat de risicoverevening een dekking geeft voor het risicoprofiel van de verzekerden, daar waar de zorgverzekeraar zonder wettelijke beperkingen zou kiezen voor premiedifferentiatie. Deze benadering legt een link naar de beantwoording van de vraag of het beleidsmatige doel van de juiste compensatie voor chronisch zieken is behaald.

De stellige overtuiging van VGZ is dat het huidige risicovereveningmodel op statistische maten weinig verbeterd zal kunnen worden. Een extra klasse in de FKG's, een nieuw kenmerk voor Wijkverpleging, etc. zullen ongetwijfeld zorgen voor een beter model, maar er zijn, gegeven de huidige uitgangspunten en gestelde randvoorwaarden, geen grote stappen meer mogelijk. Als we echt nog grote stappen willen maken dan moeten we concessies doen aan de uitgangspunten of inbreuk plegen op de randvoorwaarden.

In de brief van de minister over 'kwaliteit loont', geeft ze aan dat het risicovereveningsmodel nog niet voldoende compenseert voor chronisch zieken[4]. VGZ deelt die conclusie. Er zijn verschillende oorzaken voor

[3] Bos van den, GAM., Danner, S., Haan, HJ, de., Schadé, E. (2000). Chronisch zieken en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier.
[4] Brief van 6 februari 2015 met kenmerk 723296-133115-Z

aan te wijzen. Eén van de oorzaken is dat de risicoverevening een statistisch model is en alleen goed werkt voor gemiddelden en voor (sub)groepen die herkenbaar zijn in het systeem. Een andere oorzaak is dat juist doordat het model berekend wordt op een statistische manier, verzekerden met excessieve zorgkosten niet goed voorspeld kunnen worden door het model. In paragraaf 5 en 6 werken we deze twee oorzaken verder uit.

4.3 Kanttekening bij het behalen van beleidsmatige doelen.

We zien dat we, ondanks een gelijke zorginkoop, bij de verschillende zorgverzekeraars die onder de coöperatie vallen, substantieel verschillende resultaten boeken. Het is nog niet gelukt deze verschillen objectief statistisch aantoonbaar te maken. Het is daarmee ook niet duidelijk of dit wordt veroorzaakt door een falen in het level playingfield of door een onjuiste compensatie voor chronisch zieken. Feit is dat deze verschillen er zijn en dat het zorgverzekeraars blijkbaar lukt om deze populaties specifiek aan te spreken en te binden. Dat geldt zowel voor groepen verzekerden met negatieve als positieve financiële resultaten.

Daar waar er mogelijk nog oneffenheden in het level playingfield zitten, of nieuwe ontstaan, kunnen deze ook langs de as van juiste compensatie voor chronisch zieken verevend worden. In principe geldt dat als er een juiste compensatie voor ouderen en chronisch zieken bereikt is, er ook sprake is van een level playingfield. Helaas geldt het omgekeerde niet. Als er een level playingfield is, betekent het nog niet dat ouderen en chronisch zieken juist gecompenseerd worden. Dit is feitelijk de situatie waarin we ons nu bevinden. Zolang er sprake is van over- en ondercompensatie en het model onevenwichtig is, ziet VGZ deze onevenwichtigheid liever ten gunste komen van de chronisch zieken dan de relatief gezonde mensen.

5. De problematiek van het gemiddelde: faseer het ziekteverloop

Het risicovereveningsmodel is nu zo vormgegeven dat een groep verzekerden met het zelfde kenmerk eenzelfde normatieve vergoeding krijgt toegewezen. Echter binnen de groep is vaak een grotere diversiteit in zorgkosten. Dit kan het gevolg zijn van de progressiviteit van een ziekte. Als zorgverzekeraars, door een goede zorginkoop, meer (potentieel) zwaardere chronische patiënten aantrekken, dan lopen ze tegen hoge, niet gecompenseerde kosten op. Het blijft voor zorgverzekeraars dan ook aantrekkelijk om zich te richten op relatief gezonde mensen. Vanuit dit perspectief is het belangrijk om de problematiek van het gemiddelde minder scherp te maken, of beter, op te lossen. Deze problematiek is al erkend bij sommige chronische aandoeningen, waarbij de groep gesplitst is in een ‘gewone’ groep en een ‘zware’ groep. In het verlengde daarvan pleiten wij voor onderzoek naar de aansluiting bij het verloop van een ziekte en de vereveningsbijdrage op te splitsen naar de diverse fases van een ziektebeeld. Doel is om een betere aansluiting op de voorspelde kosten te realiseren. Voorbeeld hiervan zijn de FKG’s. Wanneer een verzekerde minimaal een half jaar een middel voorgeschreven krijgt kan hij ingedeeld worden in de FKG. Echter, er wordt geen onderscheid gemaakt tussen mensen die geneesmiddelen al jaren gebruiken en mensen die in de eerste fase van een aandoening zitten. Doordat de gemiddelde zorgkosten worden toegekend als verwachte zorgkosten zullen patiënten met een progressief ziektebeeld in de eerste jaren overgecompenseerd worden en alle verzekerden die ‘echt’ chronisch zijn onder gecompenseerd. Voor een degressief ziektebeeld geldt het omgekeerde.

In het verlengde van ons pleidooi stellen we ook voor om de definitie (zoals in het kader op pagina 3 beschreven) binnen het risicovereveningsmodel te operationaliseren. Daartoe zou een groep medische experts een limitatieve lijst met chronische aandoeningen kunnen opstellen waarvoor de verevening juist zou moeten compenseren en die aan de beschreven definitie voldoet.

6. Verzekerden met voorspelbare excessieve zorgkosten: heroverweeg de randvoorwaarden en uitgangspunten

Verzekerden met voorspelbare excessieve zorgkosten zijn (kleine) groepen verzekerden die vooraf voorspelbaar een substantieel hogere kans hebben op extreem hoge zorgkosten. Als voorbeeld: specifieke (wees)geneesmiddelen, waarbij de jaarlijkse voorspelbare zorgkosten kunnen oplopen van enkele tonnen tot anderhalf miljoen per verzekerde. Omdat het vaak gaat om relatief kleine groepen verzekerden zal het doel van het creëren van een gelijk speelveld tussen de zorgverzekeraars waarschijnlijk[5] niet beïnvloed worden. Het huidige model is niet in staat om dit type van excessen op te vangen. Daarmee wordt het doel van een juiste compensatie van chronisch zieken niet behaald. Omdat de keuze voor het statistische model geen oplossing

[5] Alleen bij de allerkleinste verzekeraars gaat dit niet op, en indien de verzekerden extreem scheef verdeeld zijn over deze kleine verzekeraars zal het level playingfield beïnvloed worden. Op dit moment heeft VGZ geen indicaties dat daar nu sprake van is.

biedt voor deze groepen verzekerden, moet ofwel gekozen worden voor andere statistische methoden, dan wel voor uitsluiting van deze groepen van het statistische risicovereveningsmodel.

Met als doel het juist compenseren van chronisch zieken op individueel niveau pleiten we er voor om voor verzekerden met voorspelbaar excessieve zorgkosten een landelijke ex ante pooling te introduceren. Dit past goed bij het gegeven dat het voorspelbare deel van de excessieve kosten onverzekerbaar is. Het is daarbij aan de zorgverzekeraar om vooraf te bepalen welke verzekerden niet passen bij het risicoprofiel van de risicoverevening en waar de zorgverzekeraar derhalve van vindt dat ze niet vallen onder de risicoverevening. Qua vormgeving: een zorgverzekeraar zou vooraf een promillage van verzekerden moeten aanwijzen die voor hem niet juist in het risicovereveningsmodel zitten, en waarvoor hij geen correcte premie ontvangt. Deze verzekerden zouden dan buiten de risicoverevening vallen en via een wettelijke ex ante landelijke pooling gefinancierd moeten worden door alle zorgverzekeraars gezamenlijk.

Een alternatief zou kunnen zijn dat een zorgverzekeraar geen risico loopt op de kwantiteit van specifieke voorspelbare zorg (Q) met excessieve zorgkosten maar alleen op de prijs (gevalsnormering voor voorspelbare excessieve zorg). Dit zou kunnen via een normatieve vergoeding voor die specifieke zorg.

Kenmerkend voor beide oplossingen is dat het zeer waarschijnlijk grote verbeteringen realiseert in de aansluiting van de vereveningsbijdrage en de werkelijk (verwachte) kosten voor de betreffende verzekerden, maar ook voor de overige verzekerden. Een win-win situatie. Helaas geldt ook voor beide oplossingen dat ze niet binnen de uitgangspunten en randvoorwaarden van het huidige model passen. Bij pooling van kosten vindt risicomitigatie tussen zorgverzekeraars plaats en neemt de prikkel voor effectieve zorginkoop af voor de kosten die in de pooling vallen. Dit geldt ook voor gevalsnormering, waar er bij de zorgverzekeraar geen prikkel meer ligt op de beheersing van het volume.

Echter, gezien de omvang van de betreffende groep verzekerden en het beoogde effect, vindt VGZ het te verantwoorden om juist voor deze zorgkosten en verzekerden een uitzondering te maken. Aanpassing van uitgangspunten en randvoorwaarden is op zijn plaats[6].

We stellen hierbij wel vast dat er groepen van verzekerden met voorspelbare verliezen zullen blijven bestaan (zie ook problematiek met gemiddelden), maar de grootte van de omvang van het resultaat zal binnen aanvaardbare proporties zijn.

7. Rol voor de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)

De minister geeft in haar brief over ‘kwaliteit loont’ aan dat zij zich bij de vormgeving van het risicovereveningssysteem meer gaat richten op aanpassingen die betrekking hebben op verbetering van het systeem voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Dit loopt parallel met de politieke en de maatschappelijke wens. Het zou goed zijn dat de minister dit gaat inbedden in de onderzoeken naar verbeteringen die de WOR uitvoert. Waar de WOR zich nu primair richt op de technische verbetering van het systeem is het juist van belang dat de maatschappelijke urgentie en druk meegenomen wordt in de afwegingen van de WOR. Niet alleen in relatie tot de uit te voeren onderzoeken, maar ook in het opnemen van kenmerken en uitzonderingen in het model. Daarmee wordt, in de afwegingen van de WOR, ook de maatschappelijke en politieke urgentie meetbaar. Vanuit een transparante benadering is het goed om naast de technische afwegingen ook de morele afwegingen die achter de besluitvorming liggen, vast te leggen in het WOR- advies.

Februari 2016.

Voor meer informatie:
Kees Hamster
Lid Raad van Bestuur Coöperatie VGZ
088-1314063/ kees.hamster@vgz.nl

---

[6] Op dit moment vindt er onderzoek plaats naar excessief hoge kosten, echter binnen de huidige randvoorwaarden en uitgangspunten. De verwachting van VGZ is dan ook dat hier slechts beperkte verbeteringen uit zullen komen, en daarom nu ook expliciet de oproep om de uitgangspunten en randvoorwaarden ter discussie te stellen.

VRZ zorgverzekeraars

Voor u ligt een position paper van de VRZ Zorgverzekeraars ten behoeve van het door het ministerie VWS georganiseerde symposium over de risicoverevening d.d. 31 maart 2016. Hiermee dragen de VRZ-leden (Zorg en Zekerheid, ONVZ Zorgverzekeraar en Eno) bij aan de te voeren discussie over de toekomst van de risicoverevening.

Visie VRZ op 10 jaar risicoverevening in de Zorgverzekeringswet

In tien jaar Zorgverzekeringswet (Zvw) is de risicoverevening aanzienlijk veranderd en verbeterd: er zijn veel criteria aan het model toegevoegd en de risicodragendheid van de verzekeraars is aanzienlijk toegenomen. De vraag werpt zich op of we een stabiele eindsituatie naderen of dat er nog verbeteringen mogelijk zijn? De VRZ ziet ruimte voor verbeterslagen.

De drie beoogde doelstellingen van de risicoverevening zijn: 1) een gelijk speelveld voor verzekeraars, 2) het tegengaan van risicoselectie door verzekeraars en 3) het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zvw door verzekeraars. De tweede en derde doelstelling zijn grotendeels bereikt, maar de realisatie van de eerste doelstelling is in de ogen van de VRZ niet gelukt. Integendeel, de overhaaste afschaffing en aanpassing van de ex-post compensatie heeft het gelijke speelveld doen verslechteren. Dat blijkt onder meer uit het feit dat de afgelopen tien jaar geen nieuwe zorgverzekeraar is toegetreden tot de markt en het aantal zorgverzekeraars is afgenomen vanwege overnames door grotere zorgverzekeraars.

Het huidige risicovereveningsmodel is complex, op verschillende punten inaccuraat en kent steeds meer uitvoeringsproblemen. In dit position paper doet de VRZ verschillende voorstellen voor verbeterslagen die zijn gericht op het:
1. Vereenvoudigen van het model;
2. Verbeteren van het model;
3. Verhogen van de uitvoerbaarheid voor verzekeraars.

1. Vereenvoudigen van het model

De verklaringskracht van het risicovereveningsmodel is de afgelopen jaren toegenomen, maar is ook steeds complexer geworden. Inmiddels is een punt in zicht waarbij elk toegevoegd kenmerk steeds minder toegevoegde waarde oplevert. Door nieuwe kenmerken die alleen gelden voor subgroepen van beperkte omvang wordt de complexiteit van het model alleen maar groter en moeten soms correcties op andere kenmerken worden doorgevoerd die niet logisch zijn.

Schaf de ex post niet af, maar kies voor reparaties aan de voorkant

De VRZ merkt op dat het ex ante model voor somatisch nagenoeg is uitontwikkeld (anders dan voor Verpleging & Verzorging) en dat nieuwe kenmerken de verklaringskracht nauwelijks verbeteren. De ontwikkeling van het model kan dan beperkt blijven tot verbetering van de bestaande kenmerken. Tegelijkertijd moeten we accepteren dat het ex ante model altijd beperkingen zal houden. Het is niet mogelijk om uiteindelijk te komen tot een perfect model die goed genoeg is om 100% risico te dragen. Vanuit deze acceptatie stelt de VRZ voor:
- *Het ex-ante model te verbeteren door aanpassing van de bestaande kenmerken*. *Schaf de ex post niet af, maar kies voor reparaties aan de voorkant. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de hoogte van de kosten van het voorgaande jaar voor wat betreft Verpleging & Verzorging en GGZ. Ook voor onderdelen van het budget variabele kosten (bijvoorbeeld dure medicijnen) moet dit worden meegenomen.*
- *Het opnieuw invoeren van een Hoge Kosten Component (HKC) in de risicoverevening. Hierbij worden kosten boven een bepaalde drempel gepoold tussen de verzekeraars.*
- *Mochten voorgaande maatregelen onvoldoende werken dan wordt voorgesteld om een vangnet expost beschikbaar te stellen. Dit vangnet dient om te voorkomen dat kleine verzekeraars onnodig geraakt worden door toevallige uitslagen in de risicoverevening. Bij de invulling van dit vangnet kan rekening worden gehouden met de omvang van een verzekeraar. Zo krijgt het vangnet een dynamisch karakter. Dit vangnet is ook noodzakelijk om toetreders tot de zorgverzekeringsmarkt de mogelijkheid te geven om deze stap te maken.*

2. Verbeteren van het model

Naast een eenvoudiger risicovereveningsmodel zijn er inhoudelijke wijzigingen mogelijk ten behoeve van een betere verzekerbaarheid. Concrete aanpassingen die de VRZ voorstelt richten zich op verzekerden met hoge kosten en verzekerden in de langdurige GGZ. Daarnaast is de VRZ van mening dat aanvullend onderzoek noodzakelijk is ten einde het model te verbeteren. De ideeën voor aanvullend onderzoek zijn opgenomen in de bijlage aan het einde van dit document.

A. Groeiende groep structureel verlieslatende verzekerden in 2017

Er zijn verschillende verzekerden met zeer hoge kosten. Zo zijn er verzekerden die incidenteel enkele maanden op de intensive care van een ziekenhuis verblijven, en anderen die hun hele leven lang (zeer) dure geneesmiddelen gebruiken. Sinds 2012 ontvangen verzekeraars voor de eerste groep geen extra bijdrage omdat dit een verzekeraarsrisico is, en voor de tweede groep wel middels het criterium MeerjarigHogeKosten (MHK). Echter, de bijdrage die verzekeraars ontvangen is volstrekt onvoldoende voor de tweede groep verzekerden. Dit tekort loopt op doordat steeds meer nieuwe (extreem) dure geneesmiddelen worden toegelaten. Het is een ongewenste ontwikkeling dat de groep dure verzekerden die structureel verlieslatend is alsmaar groeit. Op dit moment vindt onderzoek plaats naar verzekerden met (zeer) hoge kosten. De VRZ stelt voor om:

- *In het risicovereveningsmodel in 2017 een oplossing te incorporeren voor de groeiende groep structureel verlieslatende verzekerden, om vervolgens de gewenste stap te kunnen zetten naar volledige risicodragendheid.*

B. *Slechte verevening voor m.n. Langdurige GGZ*

In het model is het budget Langdurige GGZ (jaar 2 en 3) toegevoegd. Anders dan bij de curatieve zorg is dat voor een groot deel van deze verzekerden al bij voorbaat duidelijk dat zij gebruik gaan maken van deze zorg. Dit staat op gespannen voet met de definitie van verzekeringen. Volgens artikel 7:925 BW is de definitie van een verzekering:

> *Een verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen,* ***en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren.*** *Zij is hetzij een schadeverzekering, hetzij een sommenverzekering*.

Voor kosten voor de langdurige GGZ is vanaf jaar twee duidelijk dat er een uitkering moet worden gedaan. Deze vorm van zorg voldoet niet aan de definitie van een verzekering, maar heeft meer het karakter van een voorziening. Onderdeel van een oplossing kan zijn dat gebruik wordt gemaakt van gevalsnormering. De VRZ stelt voor:

- *Om voor de voorspelbare curatieve zorg (zwangerschap) gevalsnormering op te nemen in de modellen.*
- *De kosten van Farmacie, Hulpmiddelen en MSZ te behouden in de Zvw, mits de kenmerken FKG, DKG en HKG een goede voorspellende waarde hebben.*

Zorgsoort	Jaar 1 Zvw	Jaar 2 en volgend Zvw
Huisartsenzorg	Ja	n.v.t.
Farmacie	Ja	Ja met FKG
Tandheelkunde	Ja	n.v.t.
Kraamzorg	Ja met gevalsnormering	n.v.t.
Verloskunde	Ja met gevalsnormering	n.v.t.
Hulpmiddelen	Ja	Ja met HKG
Paramedie	Ja	Nee
Vervoer	Ja	Nee

GGZ	Ja	Nee tenzij met gevalsnormering
MSZ	Ja	Ja met DKG en FKG

C. Alternatief voor gevalsnormering: Overheveling naar Wet langdurige zorg

Indien er geen oplossing kan worden gevonden door aanpassingen aan het model, zoals het opnemen van gevalsnormering, dan stelt de VRZ voor:

- *De kosten van de Langdurige GGZ vanaf het tweede jaar niet op te nemen in de zorgverzekeringswet maar dit onder te brengen in de Wet Langdurige Zorg (WLZ).*

3. Verhogen van de uitvoerbaarheid voor verzekeraars

Zorgverzekeraars ondervinden continue uitvoerings- en kostendruk. Dat is onder meer het gevolg van verschillende stelsel- en financieringswijzigingen die zijn doorgevoerd, toenemende toezichtsdruk, complexiteit van de verevening, etc. Met onderstaande voorstellen gaat de kostendruk omlaag en de uitvoerbaarheid omhoog.

A. Van kosten-per-verzekerde naar uitgaven-per-verzekerde

Elk jaar leveren zorgverzekeraars één, twee en soms zelfs drie kosten-per-verzekerden (KPV) bestanden op. In 2016 over de jaren 2012, 2013 en 2014. In de praktijk is het opstellen van een KPV-bestand een bewerkelijke klus; om tot de risicodragende kosten te komen zijn voor elk jaar andere correcties noodzakelijk om van uitgaven naar kosten te komen. De KPV is ook de bron voor de HogeKostenCompensatie (HKC) waarbij zorgverzekeraars de 90% van de kosten boven een drempel terugontvangen. Vanuit die optiek is een hoge nauwkeurigheid wenselijk omdat van elke euro boven de drempel 90 cent ontvangt. Met het vervangen van de HKC door Meerjarig Hoge Kosten (MHK) is deze nauwkeurigheid niet meer nodig omdat een extra euro kosten alleen tot extra inkomsten voor een zorgverzekeraar leidt als de verzekerde door deze extra euro een drempel overschrijdt. Een overstap van kosten-per-verzekerde naar uitgaven-per-verzekerde wordt aantrekkelijk nu het verschil in drempels klein is (en de opbrengstverrekeningen over 2012 toch aanzienlijk zijn). De uitvoerbaarheid gaat omhoog omdat allerlei correcties achterwege kunnen blijven. Het is minder foutgevoelig en heraanleveringen met nieuwe verrekentarieven (zoals met 2012 straks gaat gebeuren omdat de NZa de verrekentarieven van de GGZ-instellingen gaat herzien) kunnen achterwege blijven. Er is ook geen sprake van een perverse prikkel voor zorgverzekeraars om uitgaven op te jagen om een hoger budget te incasseren. De VRZ stelt voor:

- *De overstap te maken naar Meerjarig Hoge Uitgaven en te onderzoeken of ook de MHK vervangen kan worden door diagnosegerelateerde criteria.*

B. Schrappen van rubrieken in aan te leveren bestanden

Elk jaar leveren zorgverzekeraars een groot aantal bestanden aan het Zorginstituut die gebruikt worden bij de uitvoering van de risicoverevening. Het aantal bestanden is gegroeid van vier in 2006 naar elf in 2016. Opmerkelijk is dat niet alle rubrieken van de bestanden gebruikt worden bij de risicoverevening. Deze overbodige velden moeten wel goed aangeleverd worden en dat brengt de nodige controle werkzaamheden met zich mee. Dit is weinig zinvol. Daarom heeft de NZa in haar protocol opgenomen dat onjuistheden in een aantal rubrieken van de bestanden niet als fout hoeven te worden aangemerkt. Het gaat bijvoorbeeld om persoonsgegevens in bestanden met geneesmiddeleninformatie. De VRZ stelt voor:

- *De relevante rubrieken te inventariseren en overbodige rubrieken niet meer op te vragen in 2017.*

C. Verminderen bestandsaanleveringen

Het aantal bestandsaanleveringen is de afgelopen jaren enorm gestegen. Dit is nodig omdat er steeds meer budgetkenmerken geïntroduceerd zijn ter verbetering van het ex-ante-verdeelmodel. Deze bestandsaanleveringen zorgen voor een operationele druk bij zorgverzekeraars (met een indirect kostenaspect), terwijl door de verplichting van accountantsverklaringen ook de directe kosten verder oplopen.

Daarnaast is terughoudendheid gewenst in het opnemen van extra budgetkenmerken die nog meer bestandsaanleveringen tot gevolg zouden hebben. Tenslotte worden aan Vektis, het Zorginstituut en de NZA periodiek nog meer databestanden geleverd die niet direct nodig zijn voor de budgetafrekening.
De VRZ stelt voor:

- Om te komen tot één standaard dataset die verzekeraars aanleveren aan één instantie (bijvoorbeeld Vektis) van waaruit alle opgaven worden gemaakt.

D. Na twee jaar staten met afrekening

De afrekencyclus van een vereveningsjaar duurt zeer lang: pas drie tot vijf jaar na afloop van het betreffende jaar kan een definitieve afrekening opgesteld worden. Gedurende die tijd hebben verzekeraars over maar liefst drie tot vijf jaargangen onzekerheid over het budget. De verkorting van de DBC-duur in 2015 bij de MSZ betekent een grote stap in de goede richting. Hierdoor ontstaat bij MSZ veel eerder duidelijkheid over de omvang van de kosten. Bij GGZ is dit nog niet het geval, en bestaat de situatie dat op 31/12/2015 een jaar-DBC afgesloten wordt die vervolgens een jaar duurt, waarna pas begin 2017 de kosten bij de verzekeraar bekend worden. De VRZ stelt voor:

- *Het GGZ-DBC-traject te verkorten waardoor de afrekening van een jaar na twee in plaats van drie jaar start.*
- *Een alternatief kan zijn dat uitsluitend gedeclareerde kosten t/m T+1 in de jaaropgave meegenomen mogen worden. Doordat er op GGZ geen HKC meer is, valt daar een potentieel bezwaar al weg. Uitgezocht zal wel moeten worden wat de effecten op de MHK zijn.*

BIJLAGE -- Voorstellen voor onderzoek t.b.v. verbeteringen aan het model

A. Onderzoek naar indexatieverschillen per risicocategorie

In het huidige model vindt dikwijls overindexering plaats bij zorgvragers met structureel hoge kosten. Bij de bepaling van de normbedragen van de budgetkenmerken wordt gebruik gemaakt met schadegegevens van T-3, die vervolgens voor drie jaar geïndexeerd worden. Bij een indexatie zal iemand met een budget van € 1.000 naar een budget van € 1.100 gaan, en iemand met een budget van € 100.000 naar € 110.000. Echter, de vraag is of de kosten van € 100.000 daadwerkelijk met € 10.000 zullen stijgen. Wellicht zou de indexatie meer gelegd moeten worden bij de € 1.000 waar de kans toeneemt dat zo'n verzekerde een schade van € 5.000 gaat krijgen. Lagere schades zullen mogelijk met een hoger percentage geïndexeerd moeten worden dan hogere schades. De VRZ stelt voor:

- *Te onderzoeken in hoeverre de verschillende risico-categorieën een verschillende indexatie behoeven.*

B. Onderzoek naar kinderen in de risicoverevening

Kinderen hebben een aparte positie in de Zvw: hun premie wordt door de overheid betaald, voor hen geldt geen verplicht eigen risico (wel eigen bijdragen) en de verzekerde zorg zoals mondzorg en paramedische hulp wijkt af van de verzekerde zorg voor volwassenen. Deze verschillen zijn nauwelijks terug te zien in de risicoverevening. Bij de leeftijdscategorieën wordt een normbedrag toegekend aan 0-jarigen vanwege hoge kosten bij de geboorte en vanaf 2016 is bij vijf Farmaceutische Kostengroepen (FKG's) de DDD-grens voor jongeren verlaagd Kinderen van één jaar en kinderen ingedeeld in een FKG of DiagnoseKostenGroep (DKG) zijn structureel verlieslatend. De VRZ stelt voor:

- *Een specifiek onderzoek in 2016 uit te voeren naar hoe de risicoverevening voor kinderen kan worden verbeterd.*

C. *Onderzoek naar meewegen ernst aandoeningen*

De afgelopen jaren is in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) uitgebreid gediscussieerd over het gebruik van poliklinische DBC's voor de indeling in een DiagnoseKostenGroep (DKG). De WOR stelde destijds dat poliklinische behandelingen ook tot een DKG kunnen leiden. In de Verenigde Staten wordt in verdeelmodellen met DKG's wel rekening gehouden met de ernst van een aandoening. De VRZ stelt voor:

- *Om ook in Nederland te onderzoeken of de ernst / stadium van een aandoening toegevoegde waarde heeft in de risicoverevening.*

D. Onderzoek het effect van signalering van zorggebruik naar aandoening

In de risicoverevening worden verschillende criteria gebruikt die gebaseerd zijn op zorggebruik van de verzekerde: de Farmaceutische KostenGroepen worden afgeleid uit medicijngebruik, de DiagnoseKostenGroepen uit DOT's en de HulpmiddelenKostenGroepen (HKG's) uit hulpmiddelengebruik. In de praktijk zit overlap tussen deze criteria. Zo wordt zowel bij de FKG als bij de DKG kanker gesignaleerd, maar dit kan ook het geval zijn voor combinaties met hulpmiddelen HKG's of fysiotherapiediagnoses. Het model stelt geen eisen dat alleen bij ongerelateerde aandoeningen, b.v. bij kanker en glaucoom, een verzekeraar extra normbedragen ontvangt. Bij gelijke of gerelateerde aandoeningen is het beter om te kijken naar de ernst van de aandoening. De VRZ stelt voor om:

- *Onderzoek te doen naar de samenhang van FKG's en DKG's en deze wellicht te clusteren tot één nieuw criterium op basis van (uitingen van een) ziektebeeld.*

Samenvatting voorgestelde aanpassingen

De voorgestelde aanpassingen richten zich op verbetering van de zorginhoudelijke variabelen van de risicoverevening. Niet-zorggerelateerde verdeelcriteria moeten zoveel mogelijk vermeden worden of uit het verdeelmodel verwijderd worden. Daar waar de risicoverevening niet goed functioneert, zoals bij verzekerden met zeer hoge kosten, kan overgestapt worden naar gevalsnormering. Het uitgangspunt

bij de invoering van de Zvw is een goede risicoverevening. Als meerdere modellen nodig zijn om dit doel te bereiken dan moet dat geaccepteerd worden. Voor de VRZ betekent dit het handhaven van minimaal een model voor de curatieve zorg en een model voor de GGZ. Dat ziet er als volgt uit:

Verdeelkenmerk Somatisch	Aanpassing	Verdeelkenmerk GGZ	Aanpassing
Leeftijd & geslacht	Onderzoek verbetering verevening kinderen	Leeftijd & geslacht	Handhaven
FKG curatief	Handhaven	FKG GGZ	Handhaven
DKG curatief	Samenvoegen o.b.v. clustering ziektebeelden Toegevoegde waarde ernst/stadium van een aandoening in verdeelmodel	DKG GGZ	Handhaven
HKG curatief		Aard van Inkomen (AVI)	Samenvoegen + clusteren
Fysiotherapie diagnoses		Sociaal Economische status (SES)	
Aard van Inkomen (AVI)	Samenvoegen + clusteren	Meerjarig Hoge Kosten GGZ	Overstap naar Meerjarig Hoge Uitgaven (MHU) Onderzoek of MHK is te vervangen door diagnose gerelateerde criteria zorgvraagzwaarte
Sociaal Economische status		Langdurige GGZ T-1	Overstap naar gevalsnormering
Regio	Handhaven		
Generiek Somatische Morbiditeit	Afschaffen		
Meerjarig Hoge Kosten curatief	Overstap naar Meerjarig Hoge Uitgaven Onderzoek of MHK is te vervangen door diagnose gerelateerde criteria		
Verpleging & Verzorging T-1	Overstap naar gevalsnormering		
Geriatrische revalidatie T-1	Overstap naar gevalsnormering		

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

maart 2016